

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – UNIJUI**

MARIA CRISTINA MENEGHETE

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE INFLUÊNCIAS DA
SUA FORMAÇÃO INICIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Ijuí, RS

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA CRISTINA MENEGHETE

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE INFLUÊNCIAS DA
SUA FORMAÇÃO INICIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Educação nas Ciências da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lenir Basso Zanon

Ijuí, RS

2007

MARIA CRISTINA MENEGHETE

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE INFLUÊNCIAS DA
SUA FORMAÇÃO INICIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de Mestre em Educação e aprovada na sua versão final, atendendo à legislação vigente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, Programa de Pós-Graduação em Educação nas Ciências-Mestrado.

Prof^ª Dr^ª Lenir Basso Zanon
Orientadora

Prof^ª Dr^ª Valéria Lerch Lunardi
FURG

Prof^ª Dr^ª Maria Cristina Pansera de Araújo
UNIJUÍ

Prof^º Dr^º Milton Antônio Auth
UNIJUÍ

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai Matteus e a minha mãe Vanda, pelo incentivo e por serem exemplos de fé, trabalho, honestidade e amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado coragem, saúde e estar sempre comigo.

À Profª Drª Lenir Basso Zanon, orientadora, pelo conhecimento partilhado, pela paciência, confiança e amizade.

À professora Drª Maria Cristina Pansera de Araújo e ao professor Dr Milton Antonio Auth pela amizade e contribuições em todas as fases da avaliação desta dissertação.

À Profª Drª Valéria Lerch Lunardi, pela disponibilidade e valiosas contribuições.

Ao colega Narciso, pelo incentivo e colaboração ao longo deste caminhar.

Aos meus familiares e amigos, pelo carinho e apoio em todos os momentos.

Aos colegas enfermeiros que participaram desta pesquisa.

A todos que, cada qual a sua maneira, ajudaram na concretização deste objetivo.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com enfoque descritivo e interpretativo da realidade, desenvolvida com o objetivo de identificar e analisar percepções de egressos de um curso de enfermagem de uma universidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul sobre sua formação inicial, especificamente, quanto a relações com a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possíveis influências na implementação da mesma, no âmbito do exercício profissional de enfermagem hospitalar. Busca-se a compreensão concernente às relações entre teorias e práticas na formação do profissional enfermeiro, em relação ao cuidado sistematizado, na perspectiva da sua melhoria. O percurso metodológico teve início com a construção de um instrumento (questionário) que, após validado, teve sua aplicação a dezesseis enfermeiros, graduados nos anos de 2002, 2003, 2004 e 2005, em uma universidade comunitária do interior do Estado do Rio Grande do Sul, que atuavam em enfermagem hospitalar. As informações obtidas permitiram objetivar o perfil dos sujeitos e propiciaram a construção de dados de pesquisa sobre a formação inicial e a prática da SAE em contexto hospitalar. Além dos questionários, entrevistas semi-estruturadas realizadas junto a dois destes enfermeiros permitiram ampliar e aprofundar as informações. Procedeu-se a análise de conteúdo, segundo Minayo (2000), com a emergência de duas grandes categorias: (i) os saberes envolvidos no exercício da SAE em contexto hospitalar e (ii) a relação entre teorias e práticas na formação e no exercício da SAE. Desta última, surgiram duas subcategorias: (i) a visão dicotômica e a (ii) visão dialética entre teorias e práticas na formação e atuação do enfermeiro na SAE. Os resultados da pesquisa evidenciaram a importância da formação inicial como condição necessária à atuação profissional na SAE e permitiram qualificar aspectos de tal formação. Os sujeitos descreveram a SAE como cuidado individualizado, com qualidade e humanismo, vindo ao encontro da valorização profissional. Criticaram vivências em instituições hospitalares, na implementação da SAE, por vezes de forma fragmentada, evidenciando dicotomias entre teorias e práticas. Em relação aos princípios éticos e, em respeito à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética na Pesquisa e a participação dos enfermeiros contemplou o esclarecimento e a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Palavras-chave: Formação inicial, sistematização da assistência de enfermagem, saberes profissionais.

ABSTRACT

It is a qualitative research, with an interpretative and descriptive view of reality, developed to identify and analyse the perceptions that former Nursing students of a university from the State of Rio Grande do Sul have of their own initial graduation, and more specifically, in terms of the practice of Nursing Assistance Systematisation (NAS) and possible influences on its implementation, within the ambit of professional hospital nursing, in order to understand the relation between theory and practice on the development of the professional nurse, in relation to the systematised care, aiming at its improvement. The methodological evolution started with the creation of an instrument (questionnaire) which, after being validated, was answered by sixteen nurses, graduated in 2002, 2003, 2004 and 2005, in a community university of the State of Rio Grande do Sul, who worked in hospital nursing. The information obtained made it possible to identify the individuals' profile and led to the construction of research data about the initial graduation and NAS practice in a hospital context. In addition to questionnaires, semi-structured interviews given to two nurses allowed us to amplify and deepen the information. Then the data analysis took place, in accordance with Minayo (2000), with the importance of major categories: (i) the knowledge involved in the NAS practice in a hospital context and (ii) the relation between the theory and practice on the development and on the exercise of NAS. The research results demonstrated the importance of the initial graduation as a necessary condition for the professional practice of NAS and allowed us to qualify the aspects of such graduation. The individuals described the NAS as an individualised care, with quality and humanism, meeting the professional valuation. They criticised hospitals regular practices concerning the NAS implementation, sometimes fragmented, showing dichotomies between theory and practice. Concerning the ethical principles and, following the Resolution 196/96 of the *Conselho Nacional de Saúde* (National Health Council), which conducts the researches involving human beings, the research was approved of by a Committee of Ethics applied to Research and the nurses participation included the clarification and signing of a Term of Free and Clarified Consent.

Key-words: Initial graduation, nursing assistance systematisation, professional knowledge.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
CAPÍTULO I - AS ORIGENS, A JUSTIFICATIVA E A ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	15
CAPÍTULO II – DO OFÍCIO À PROFISSIONALIZAÇÃO E À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	27
2.1 Origens da Enfermagem como Profissão	27
2.2 Cuidado Humano: natureza, dimensões e significado para a enfermagem.....	34
2.3 A Sistematização da Assistência de Enfermagem: o processo de enfermagem	40
2.4 As Teorias de Enfermagem e sua Influência na Sistematização da Assistência....	48
CAPÍTULO III - A PROBLEMÁTICA DOS SABERES INTEGRANTES DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	53
3.1 A Construção do Conhecimento Profissional do Enfermeiro	53
3.2 Os Saberes Profissionais e os Padrões de Conhecimento de Enfermagem	56
3.3 A Educação e o Processo Formativo do Enfermeiro.....	63
3.4 A Problemática da Formação Profissional: o foco na racionalidade técnica	69
3.5 A Racionalidade Técnica e a Formação do Enfermeiro	75
3.6 A Complexidade e a Interdisciplinaridade na Formação do Enfermeiro.....	77
CAPÍTULO IV – PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE RELAÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DA SAE NA PRÁTICA HOSPITALAR	81
4.1 Os Saberes Envolvidos no Exercício da SAE em Contexto Hospitalar	82
4.2 A Relação entre Teorias e Práticas na Formação e no Exercício da SAE	97
4.2.1 A visão dicotômica da relação entre teorias e práticas na formação e atuação do enfermeiro na SAE.....	99
4.2.2 A visão dialética da relação entre teorias e práticas na formação e atuação do enfermeiro na SAE	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
REFERÊNCIAS	126
ANEXOS	131

INTRODUÇÃO

O propósito do presente estudo é de investigar percepções de enfermeiros sobre sua formação inicial, quanto a influências para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em contexto hospitalar. Caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, organizada com um enfoque descritivo e interpretativo, a partir de depoimentos de enfermeiros, realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Educação nas Ciências da Unijuí.

A enfermagem, como profissão, é exercida em diferentes contextos, seja em âmbito hospitalar ou extra-hospitalar. Independente do ambiente em que o cuidado de enfermagem é realizado, os profissionais precisam estar atentos às respostas obtidas a partir da interação com indivíduos, famílias e coletividade, frente a problemas de saúde reais ou potenciais. A necessidade de prestar cuidados profissionais específicos requer a adoção de uma metodologia assistencial e, portanto, de um processo sistemático de cuidados de enfermagem, o Processo de Enfermagem (PE) (GARCIA, NÓBREGA e CARVALHO, 2004).

Horta, com sua teoria das necessidades humanas básicas, é considerada a primeira enfermeira a introduzir o PE no Brasil. Define-o como sendo a “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano” (1979, p. 35). Descreve o processo composto por seis fases que são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de

enfermagem. Caracteriza o PE pelo inter-relacionamento e dinamismo entre as fases. Na visão de Horta (1979), a assistência de enfermagem constitui-se na implementação, pelo enfermeiro, do PE para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender às necessidades básicas do ser humano.

Alfaro-LeFevre (2005), em estudos acerca do PE com uma visão atual e menos linear, considera o PE como uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem. Afirma que o PE constitui-se importante instrumento em todas as abordagens da enfermagem, na perspectiva de promoção do cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo.

Segundo Carraro (2001), diversas nomenclaturas são utilizadas para designar a metodologia da assistência de enfermagem, entre as quais: processo de enfermagem, processo de cuidar e metodologia do cuidado. No entanto, chama a atenção para a compreensão de que elas apontam para o planejamento e desenvolvimento das ações de enfermagem.

Na literatura, constata-se que a terminologia PE apareceu com maior frequência, a partir da década de setenta do século XX e, mais recentemente, a expressão SAE consolida-se como atribuição privativa do enfermeiro em todos os espaços do cuidado de enfermagem. Neste estudo, para as expressões PE e SAE atribui-se o mesmo significado.

Com a promulgação da Lei 7.498/86, o exercício profissional da enfermagem, estabelecendo as atividades inerentes a cada categoria profissional (enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem), é regulamentado, assim como as ações de gerência do cuidado ao estabelecer que incumbe ao enfermeiro, privativamente, valorizar e assumir funções de planejamento e execução do cuidado ao ser humano.

O Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução nº 272 de 27 de agosto de 2002, ao dispor sobre a implementação da SAE, determina a postura a ser adotada pelos enfermeiros diante da legislação, tendo em vista sua obrigatoriedade no atendimento aos clientes, o que pode ser confirmado nos três primeiros artigos da Resolução citados a seguir:

- Art. 1º - Ao enfermeiro incumbe privativamente a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. Para a implementação da assistência de enfermagem devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, discriminados a seguir: Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição e Evolução de Enfermagem;

- Art. 2º - A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública ou privada;

- Art. 3º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta pelos itens acima descritos.

A SAE possibilita ao enfermeiro prestar a assistência de enfermagem, embasado não apenas em conhecimentos técnico-científicos, mas dando ênfase à dimensão ético-político-humanística, podendo inserir-se na realidade concreta, de forma consciente e comprometida, caracterizando sua prática profissional e colaborando na definição de seu papel na sociedade.

Assim, a implementação da SAE, baseada em diferentes saberes e na legislação profissional, aliada à reflexão acerca da organização e filosofia do trabalho de enfermagem, constitui-se em instrumento de fundamental importância para que o enfermeiro possa gerenciar e otimizar a assistência de enfermagem de forma segura. Tal procedimento não é

constatado na situação real, em muitas instituições de saúde, o que o faz motivo de reflexão neste estudo.

A pesquisa foi desenvolvida com o objetivo geral de identificar e analisar percepções de egressos de um curso de enfermagem de uma universidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul sobre sua formação inicial, quanto à SAE e possíveis influências na implementação da mesma, no âmbito do exercício profissional de enfermagem hospitalar. Busca-se a compreensão concernente às relações entre teorias e práticas na formação do profissional enfermeiro, no que se refere ao cuidado sistematizado, na perspectiva da sua melhoria.

São objetivos específicos deste trabalho: (i) identificar e analisar percepções dos sujeitos de pesquisa sobre aspectos do processo de formação inicial do enfermeiro que podem ter contribuído na constituição profissional, quanto ao exercício da SAE na prática hospitalar; (ii) identificar e analisar percepções dos sujeitos de pesquisa quanto aos limites do processo de formação inicial do enfermeiro que teriam dificultado (ou comprometido) o exercício da SAE na atuação em contexto hospitalar e (iii) reconhecer percepções dos sujeitos de pesquisa sobre influências de interações, proporcionadas por vivências no contexto acadêmico e no campo de atuação profissional (hospital), na formação e no exercício da SAE, na prática profissional.

Este estudo parte do pressuposto que, o esforço por um ensino da SAE contextualizado e dinamicamente articulado, durante a formação inicial, capaz de estimular o acadêmico à atitude de busca por subsídios e fundamentos teóricos aliados à prática, contribui para o desenvolvimento de conhecimentos e competências formativas. Associadas ao comprometimento do futuro profissional com sua própria formação, podem ajudar a suprir

lacunas historicamente apontadas, entre teoria e prática, na formação para uma adequada implementação da SAE em contexto hospitalar.

Participaram dessa investigação, enfermeiros egressos de um curso de enfermagem de uma universidade comunitária do interior do Estado do Rio Grande do Sul, atuantes, especificamente, na área de enfermagem hospitalar. O estudo foi orientado pelas seguintes questões de pesquisa: quais as percepções de enfermeiros sobre a sua formação inicial, quanto à SAE, e quais as possíveis influências de tal formação na prática da assistência de enfermagem em contexto hospitalar?

Quanto à apresentação deste trabalho, o mesmo está organizado em quatro capítulos, descritos a seguir e, ao final dos mesmos, são realizadas algumas considerações finais.

No **Capítulo I** - “As origens, a justificativa e a organização metodológica da pesquisa”, são apresentados os fatores que estimularam a reflexão sobre a problemática da investigação e descritos os procedimentos metodológicos desenvolvidos na pesquisa.

O **Capítulo II** - “Do ofício à profissionalização e à sistematização da assistência de enfermagem”, trata do percurso histórico-analítico da enfermagem. Com base na literatura, inicialmente com antecedentes históricos, seguidos de uma reflexão, aproxima a gênese da profissionalização da enfermagem. Faz uma breve abordagem sobre a importância do cuidado humano, como um elemento essencial à vida e motivo pelo qual a enfermagem registra seu percurso. Além disso, descreve aspectos relevantes para a compreensão da sistematização da assistência de enfermagem e as implicações da sua implementação no contexto hospitalar, destacando a importância das teorias de enfermagem e dando embasamento aos cuidados.

O **Capítulo III** - “A problemática dos saberes integrantes da formação profissional”, é uma reflexão acerca da construção do conhecimento profissional do enfermeiro, seus saberes,

o ensino e a formação nos cursos de graduação. Aborda a crise da racionalidade técnica e o desencadeamento da mudança de paradigma em termos de educação. Destaca, ainda, aspectos da educação reflexiva como pressupostos para a educação contemporânea e suas implicações na formação do profissional enfermeiro. Lança, assim, um olhar sobre as questões que envolvem o pensamento complexo e interdisciplinar no contexto da saúde.

O **Capítulo IV** - “Percepções de enfermeiros sobre relações entre a formação e a implementação da SAE na prática hospitalar”, traz a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa, organizados em torno de categorias mais significativas emergidas na análise.

Nas **Considerações Finais** são retomados os aspectos da problemática da investigação, discutidos brevemente os resultados, apresentadas contribuições e proposições para a formação de novos profissionais enfermeiros.

CAPITULO I - AS ORIGENS, A JUSTIFICATIVA E A ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

Este estudo constituiu-se numa busca de respostas a questionamentos emergidos no desenvolvimento de atividades profissionais como enfermeira assistencial. A atuação, ao longo de vinte anos, na função de Responsável Técnica em um hospital geral foi decisiva na escolha do tema da pesquisa, já que o local recebia, para estágios, estudantes de cursos de graduação em enfermagem e de formação de técnicos em enfermagem. Emergidos, também, da atuação profissional como docente, há sete anos, em um curso de graduação em enfermagem, atuando principalmente nos componentes curriculares de *Fundamentos do Cuidado Humano I e II*, que incluem aspectos teóricos e práticos da SAE.

Iniciando profissionalmente, em 1986, a situação encontrada era de carência quantitativa de profissionais habilitados para o exercício da enfermagem. Tal condição era comum, na época, devido à falta de escolas formadoras e regulamentação do exercício profissional da enfermagem. Isso, de certa maneira, abria espaço para a atuação de profissionais sem formação específica. Era, então, muito complicado melhorar e implementar os objetivos propostos no planejamento e na definição da filosofia do serviço de enfermagem hospitalar, sem uma equipe qualificada para tal.

A partir da promulgação, em 1986, da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decorreu um novo cenário, com a definição das três categorias e conseqüente divisão do

trabalho, o que ampliou a necessidade de qualificação dos profissionais que já atuavam sem a devida formação técnica. Nesse momento, além das atividades técnicas desenvolvidas no hospital, atuou-se como coordenadora pedagógica e como docente num curso de auxiliar de enfermagem, durante a vigência do mesmo.

Essa etapa foi decisiva para o amadurecimento da idéia de ir além do que estava posto, convergindo com a proposta da criação, do curso de graduação em enfermagem pela universidade local. Foi, então, o início da atuação em componentes curriculares teóricos e práticos.

No desenvolvimento das atividades docentes, os esforços centravam-se em permitir ao aluno desenvolver habilidades e competências, visando prestar cuidados integrais aos pacientes, com todas as potencialidades. Um dos referenciais teóricos utilizados foi proposto por Horta (1979), e o uso de algumas das fases do processo de enfermagem preconizado pela autora. Com o decorrer desta experiência, a compreensão foi se modificando em virtude de vários fatores, dentre os quais, a convivência, os estudos e as reflexões na interação com colegas docentes, sempre permeadas por leituras e busca de atualização.

O envolvimento crescente com a temática da sistematização da assistência ocorrido no processo da docência, permite refletir sobre as dificuldades de implementá-la na realidade da instituição onde são realizados os estágios. Ampliam-se as reflexões e os questionamentos em relação às contradições entre o que se ensina na academia e o que se desenvolve na prática profissional, quais influências teria esta dicotomia teoria/prática na construção do conhecimento do enfermeiro e se as contradições poderiam ser superadas pela adoção de novas estratégias de formação do futuro profissional.

Os desafios da implementação da SAE são mais evidentes na prática docente, na medida em que os futuros enfermeiros constroem parte de seus conhecimentos profissionais neste contexto hospitalar, onde realizam estágios importantes para a sua formação.

A partir das leituras de autores que abordam as questões relacionadas à SAE, como instrumento de trabalho na prática dos enfermeiros, como Alfaro-Lefevre (2005), Ide (2001), Waldow (1999), entre outros, foi possível compreender a existência de vários fatores que interferem positiva ou negativamente na sua implementação. Alguns pertencem ao âmbito das organizações, como políticas, normas e objetivos; muitas vezes estabelecidos pelos médicos ou administradores sem a participação do enfermeiro. Outros fazem parte do próprio cotidiano da enfermagem, tais como as atitudes, as crenças, os valores, as habilidades técnicas e intelectuais.

No exercício da docência e da assistência de enfermagem, percebem-se os desafios com que se deparam os enfermeiros para consolidação desta prática em seu processo de trabalho. Observa-se a evolução da terapêutica, da tecnologia, da humanização e, de modo geral, do cuidado ao cliente. Porém, nem sempre o método sistematizado é utilizado pelos enfermeiros, com o objetivo de planejar a assistência qualificada aos clientes, de maneira clara, interativa e intencional, ou para determinar e avaliar as ações de enfermagem.

A preocupação colocada diz respeito, particularmente, ao ensino da SAE durante a formação inicial do enfermeiro e a sua influência na implementação de cuidados sistematizados de enfermagem, nas instituições de saúde. Esta assistência sistemática, essência da profissão do enfermeiro, foi por muito tempo estudada de forma teórica, em escolas, mas ainda parece frágil ou fragmentada na prática de muitas instituições de saúde.

Desta forma, a sistematização dos cuidados aos clientes denota uma certa deficiência e fragmentação. Tal constatação vem resultando em questionamentos a respeito da formação inicial dos profissionais, cujo aprendizado da SAE, na graduação é vivenciado junto aos campos de estágio, seja no contexto hospitalar, seja na saúde pública.

Foi nesse contexto, vivenciando-se essas contradições, que se efetivou a opção em aprofundar os estudos e as reflexões sobre a formação do enfermeiro; mais, especificamente, em relação ao modo de trabalho que sistematiza os cuidados de enfermagem, a SAE. Nesse sentido, há dificuldades em implementá-la na prática assistencial, aliadas à responsabilidade de ensiná-la nos componentes curriculares desenvolvidos junto aos estudantes de graduação em enfermagem. Com a realização do mestrado, a proposição é rever essa problemática, buscando saber como tem se desenvolvido o processo, a partir das percepções dos que já vivenciaram tal experiência.

Refletir sobre a formação profissional diante dos crescentes desafios e demandas oriundas da sociedade em relação ao cuidado em saúde, visaria atender a tais demandas emergidas na prática profissional. Porém, constata-se que, apesar dos esforços realizados, não há demonstração suficiente na realidade; justifica-se, então, o momento como oportuno para desenvolver estudos com o intuito de investigar e compreender aspectos da formação do profissional enfermeiro. Neste sentido, o presente estudo pretende contribuir para que a SAE venha a ser implementada, de acordo com as exigências da legislação profissional vigente.

A questão da formação inicial do enfermeiro para a implementação da SAE no contexto de atuação profissional é bastante complexa, o que parece dificultar a apreensão de sua totalidade. Por isso, ao organizar metodologicamente o trabalho, buscou-se, na pesquisa qualitativa, o caminho que permitisse a aproximação do objeto de estudo, articulada à busca, ainda, de autores que contribuíssem no embasamento teórico sobre o tema em estudo, sua análise, compreensão e reflexão.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa de caráter qualitativo, organizada com um enfoque descritivo e interpretativo da realidade. Para Minayo (2000), a pesquisa qualitativa é utilizada

quando se deseja analisar uma realidade subjetiva a partir de informações não necessárias de serem quantificadas.

A organização metodológica da pesquisa envolveu duas etapas: inicialmente, a realização, de uma análise documental, focalizando o Projeto Político-Pedagógico do curso de enfermagem da universidade, na qual os sujeitos de pesquisa realizaram sua formação inicial, bem como as ementas dos componentes curriculares que contemplam o ensino da SAE.

Essa análise apontou que, para transformar e melhorar a realidade, na qual se insere a universidade envolvida, criou o curso de graduação em enfermagem. Segundo seu Projeto Político-Pedagógico, está pautado no objetivo de habilitar o acadêmico e garantir, durante o seu processo de formação, o contato com os meios e instrumentos que o levem a adquirir, compreender e elaborar conhecimentos científicos básicos. Tais fundamentações visam sua atuação em situações reais que necessitem cuidados de enfermagem, bem como a ampliação dos caminhos para transformar essa realidade, através da prática constante da pesquisa.

Em consonância com a estrutura curricular proposta no Projeto Político- Pedagógico, o curso tem como meta formar um profissional que possa atuar nas diferentes áreas do mercado de trabalho oferecidas ao enfermeiro. Para tanto, mesmo dando forte ênfase às áreas da saúde pública, também prevê a formação de um profissional apto para atuar em ações de saúde desenvolvidas no âmbito hospitalar, visando a melhoria de qualidade da assistência à saúde, prestada nos hospitais. A proposta é buscar um equilíbrio das áreas hospitalar e coletiva, questionando o modelo biomédico e sugerindo o trabalho preventivo.

Ainda, o Projeto Político-Pedagógico prevê que o estudante estará habilitado a desenvolver atividades constantes do exercício profissional, aliadas às necessidades dos usuários em todos os níveis de atenção. Dessa forma, deverá respeitar a cultura, o modo de

viver da população, priorizando ações, propondo mudanças para a melhoria das condições de saúde e estabelecendo vínculos entre o sistema de saúde e a população.

O referido curso de graduação em enfermagem está fundamentado na Lei 172/94 e na proposta das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Enfermagem. O conjunto de disciplinas contém elementos que se inserem no atual contexto nacional, oferecendo ao aluno conhecimentos relacionados à saúde do adulto, do idoso e a pacientes de alto risco, dentre outros. Os componentes curriculares específicos são desenvolvidos através de aulas teóricas e teórico-práticas envolvendo um hospital geral de médio porte e a rede básica de saúde, cujo processo culminará na realização do estágio supervisionado, nos últimos semestres do curso.

Num segundo momento, para a composição da amostra deste estudo foram escolhidos dezesseis enfermeiros, egressos de um mesmo curso de graduação em enfermagem, do interior do Estado do Rio Grande do Sul e formados nos anos de 2002, 2003, 2004 e 2005 (incluindo todos os anos de conclusão desde a criação do curso até o início do projeto desta pesquisa). Quatro enfermeiros por ano de conclusão do curso (aproximadamente 10% dos graduados em cada ano). Destes, dois enfermeiros não efetivaram sua participação no estudo.

Estabeleceram-se como critérios de escolha dos sujeitos de pesquisa a aceitação em participar espontaneamente do estudo, serem egressos de uma mesma universidade e estarem atuando na área de enfermagem hospitalar. Consideraram-se experiências vivenciadas no mesmo curso de formação inicial e a diversidade de realidades quanto à prática da SAE na rotina hospitalar cotidiana. Também, na medida do possível, considerou-se a diversidade quanto à dimensão da instituição hospitalar em que atuavam (hospital de pequeno, médio e grande porte). Por outro lado, a necessidade de localizar os egressos implicou na consideração de condições de acesso aos mesmos.

Quanto à caracterização dos (14) enfermeiros participantes da pesquisa, os mais jovens tinham entre 23 e 29 anos (10) enquanto que os demais referiram ter de 30 a 33 anos de idade (04). Destes, a maioria é do sexo feminino (12), enquanto a minoria (02) são do sexo masculino.

As dimensões das instituições hospitalares onde atuavam os sujeitos de pesquisa foram caracterizadas, na sua maioria, como de médio porte (11). Apenas (01) enfermeiro atua em hospital de grande porte e (02) em hospitais de pequeno porte. Da mesma forma, quanto à característica do hospital, a maioria atua em hospitais filantrópicos (10), apenas três atuam em hospitais particulares e (01) em instituição pública.

A jornada diária de trabalho dos enfermeiros é de seis horas. Alguns atuam no período noturno com plantões de doze horas, seguidos de intervalos de trinta e seis horas para descanso.

A permanência no atual emprego varia de meses a anos, predominando em torno de um ano e meio. Apenas um profissional referiu maior tempo de trabalho, pois já atuava na instituição como auxiliar de enfermagem, quando concluiu a graduação.

Cabe registrar, ainda, investimentos dos enfermeiros em sua qualificação profissional. Inicialmente, realizaram o curso de graduação em enfermagem e posteriormente referiram participações em cursos de pós-graduação, sendo que a maioria (07) já fez pós-graduação e (01) deles já participou de dois cursos. Outros (05) estão cursando, sendo que (02) destes profissionais estão participando do segundo curso de pós-graduação. Apenas (02) não realizaram qualquer curso após a conclusão da graduação. Ainda, neste aspecto, quando questionados a respeito da participação em programas de formação continuada relacionados a sua área de atuação profissional, os sujeitos de pesquisa, na sua maioria (13), afirmam

participar das mais variadas propostas e atividades deste gênero; apenas (01) não respondeu a questão.

Nesta pesquisa, optou-se pelos procedimentos metodológicos que compreendem técnicas de questionário e entrevista, sendo que esta etapa de coleta de informações, correspondeu aos meses de novembro e dezembro de 2006 e janeiro de 2007.

A consecução dos procedimentos metodológicos teve início com o planejamento e aplicação de questionários (Anexo 1). Com o objetivo de analisar o instrumento construído para a coleta de dados realizou-se um estudo piloto, constatando-se a necessidade de alguns ajustes no instrumento; basicamente fazendo alguns enxugamentos em questões repetidas e buscando maior clareza em outras. Os dados produzidos com a aplicação do estudo piloto foram incluídos na pesquisa.

A aplicação e análise dos questionários possibilitou uma caracterização do perfil geral dos sujeitos de pesquisa quanto ao tempo de atividade profissional, dimensão da instituição hospitalar em que atuavam e registros sobre o conhecimento e experiências vivenciadas quanto a SAE, na formação e prática profissional. Alguns questionários foram enviados por correio eletrônico e outros entregues pessoalmente, sendo todos devolvidos pessoalmente pelos sujeitos de pesquisa. De dezesseis questionários enviados, retornaram apenas quatorze.

Com a possibilidade de ampliação das informações obtidas nas respostas às questões, de modo que, pontos de vista ou idéias expressas pelos sujeitos de pesquisa, pudessem ser argüidos, foram realizadas entrevistas.

Foram selecionados, então, dois enfermeiros da amostra inicial total para serem entrevistados. Esta escolha foi intencional, direcionada pelo critério da apresentação de maior clareza nas respostas ao instrumento de pesquisa (questionário), propiciando, dessa forma,

maiores possibilidades de contribuir no cumprimento dos objetivos propostos para o estudo. Buscou-se elaborar um instrumento para as entrevistas capaz de propiciar aos sujeitos de pesquisa condições para contribuírem com o máximo de informações e detalhes sobre sua formação e relações entre a mesma e sua prática profissional, no âmbito da SAE.

As entrevistas com roteiro semi-estruturado (Anexo 2) foram registradas em áudio, seguidas de transcrição. Uma entrevista piloto foi agendada após o convite e a aceitação por parte do enfermeiro em participar. Aconteceu com a devida permissão, no seu local de trabalho, com a duração de aproximadamente vinte minutos, transcorridos com bom entendimento e resultados satisfatórios; assim, os registros dessa entrevista foram incluídos no estudo. Foram então realizados os mesmos procedimentos com o segundo enfermeiro. Durante a entrevista, além do roteiro proposto foi estimulado o diálogo, possibilitando aos sujeitos falar sobre o tema sem condições pré-fixadas.

Na análise das respostas aos questionários e transcrições das entrevistas efetivou-se a construção de dados de pesquisa (episódios representativos), mediante sucessivas leituras atentas das mesmas, procedendo-se aos agrupamentos em categorias numa modalidade de análise de conteúdo conforme preconizado por Minayo (2000).

Minayo (2000), considera a análise de conteúdo como um conjunto de procedimentos que permitem estudar hipóteses e questões, podendo-se responder questionamentos analisando conteúdos de falas, identificando unidades de significado representativas de falas dos entrevistados, articuladamente a referenciais teóricos e, também, ao que está implícito ou subjacente às manifestações.

A análise incluiu a pré-análise, com a determinação de unidades de registro; a forma de categorização; a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que orientaram a análise. Após, procedeu-se a exploração do material, que consistiu basicamente na operação

de codificação, com a classificação e agregação de registros obtidos na realização dos questionários e entrevistas. Assim, escolheram-se categorias que definiram a especificação de temas em questão. Foram tratados e interpretados os dados construídos, seguidos da elaboração de proposições e inferências, aliadas às interpretações e ao quadro teórico, abrindo pistas em torno de dimensões teórico-práticas proeminentes nas releituras dos materiais empíricos utilizados.

O olhar na condição de docente e de enfermeira assistencial contemplou vivências dessas duas situações, o que serviu de referência para as análises e discussões. Neste sentido, considerou-se a proposição de Minayo (2000) de que, tal convivência anterior facilita o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, sendo importante o zelo quanto à fidedignidade nas observações e interações, na busca de uma condição adequada ao aprofundamento da realidade através da relação intersubjetiva. De acordo com a autora, a inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, a linguagem do senso comum e é condição de êxito da pesquisa qualitativa.

A validade do presente estudo qualitativo considerou, conforme propõe Lüdke e André (1996), a opção pela intensa exploração das manifestações expressas pelos sujeitos de pesquisa, na identificação de diferentes pontos de vista, verbalizados pelos mesmos, sobre o fenômeno estudado. Isso contou, sistematicamente, com o essencial apoio teórico da literatura e dos pressupostos norteadores da investigação.

Em relação aos princípios éticos, observando o que prevê a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos, os sujeitos de pesquisa foram esclarecidos, antes de iniciar os procedimentos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). O mesmo tratava dos objetivos e a justificativa da pesquisa, bem como da possibilidade de os entrevistados desistirem de

participar a qualquer momento da pesquisa, sem que houvesse algum tipo de prejuízo. Poderiam, ainda, solicitar que suas informações fossem desconsideradas no estudo, a qualquer momento, sem ônus ou constrangimento.

Os enfermeiros participantes também foram informados do respeito no que se refere ao seu anonimato e o das instituições (formadora e hospitalar, onde os mesmos atuavam). Dessa forma, foi utilizada a letra E para designar enfermeiro, números conforme a ordem de entrega do questionário e realização da entrevista, além da letra q ou e para caracterizar o procedimento, respectivamente, de questionário ou entrevista.

Portanto, os entrevistados não estariam incorrendo em riscos advindos da participação e obtendo benefícios através do acesso aos resultados da pesquisa. Também, em relação ao avanço da compreensão da problemática na realidade em estudo, foram propiciados subsídios para reflexões, em âmbitos diversificados, concernentes à importância do cuidado sistematizado e observação da legislação do exercício profissional do enfermeiro. Além disso, foi salientada a importância da atuação profissional como forma de valorizar a profissão e assegurar contribuições à sociedade como um todo, quanto ao seu direito a uma assistência qualificada.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos sujeitos de pesquisa em duas vias de igual teor, no início dos procedimentos do questionário e da entrevista, sendo que uma via ficou em poder do participante e a outra com a pesquisadora.

Os procedimentos metodológicos acima descritos tiveram início após apreciação do Projeto de Pesquisa e emissão do Parecer de Aprovação (nº 118/2006), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unijuí.

Nos próximos capítulos far-se-á ,inicialmente, uma abordagem histórica da profissão de enfermagem, seguida de aspectos relevantes sobre a SAE e a formação do enfermeiro. Após, serão apresentados os resultados sobre a problemática concernente à formação do enfermeiro e a multiplicidade dos saberes envolvidos na sua atuação profissional.

CAPÍTULO II - DO OFÍCIO À PROFISSIONALIZAÇÃO E À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Neste capítulo apresenta-se um percurso histórico-analítico da enfermagem, com base na literatura, inicialmente com antecedentes históricos, seguidos de uma reflexão, aproximando a gênese da profissionalização da enfermagem. Faz-se uma breve abordagem sobre a importância do cuidado humano, como um elemento essencial à vida e motivo pelo qual a enfermagem registra seu percurso. Também são descritos os aspectos relevantes para a compreensão da sistematização da assistência de enfermagem e as implicações da sua implementação no contexto hospitalar, destacando-se a importância das teorias de enfermagem que embasam os cuidados da mesma.

2.1 Origens da Enfermagem como Profissão

Para falar em enfermagem, hoje, faz-se necessária uma retrospectiva dos antecedentes históricos, por ser uma profissão relativamente nova. A enfermagem, realmente, teve início com o ensino dessa profissão por sua fundadora, a inglesa Florence Nightingale, no século XIX e, desde então, essa atividade vem se especializando e trabalhando com criatividade para aliar formação humana e técnica (COLLIÈRE, 1989).

Ao lançar um olhar sobre a história da enfermagem, pode-se compreender como se construiu e vem se construindo a prática dos cuidados dispensados pelos profissionais da área da saúde. Segundo Trentini e Paim (2001), o conhecimento histórico compõe e dá suporte

para reconhecer o processo de evolução da enfermagem e as condições para analisar as influências externas e internas recebidas pela profissão, os caminhos e descaminhos percorridos, permitindo a comparação com o presente.

A enfermagem, durante sua evolução como profissão, passou por diversos estágios e vivenciou diversos momentos em relação ao cuidado do homem doente e/ou sadio. A visão da enfermagem, em relação ao processo saúde/doença, obedeceu a diversas correntes e seguiu diversos modelos, dentre estes, o religioso, o biomédico e na atualidade o dos marcos conceituais e teorias que, na tentativa de ampliar esta visão e construir um corpo de conhecimentos próprios, procura definir sua natureza específica em relação ao cuidado do ser humano no continuum saúde/doença (COLLIÈRE, 1989).

É importante salientar que, segundo a Organização Mundial da Saúde, a expressão saúde significa: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de moléstia ou enfermidade”. Partindo desse princípio, o binômio saúde-doença é um processo dinâmico e, neste cenário, o profissional enfermeiro participa como sendo o ser humano que recebeu conhecimentos e habilidades para cuidar de outros seres humanos, fazendo por eles tudo aquilo que não podem fazer por si mesmos, principalmente atendendo-os nas suas necessidades humanas básicas: psicobiológicas, psicossociais e espirituais.

Procurando recompor a história da enfermagem, Collière (1989) muito contribuiu para elucidar a gênese da prática de cuidados, prática essa, milenar, que significava a garantia direta da continuidade da vida do grupo, da espécie homo. Esse saber se construía ao redor de tudo o que dava vida. Assim, não havia o que hoje se denomina de cuidados preventivos e curativos. Todos tentavam contribuir para assegurar a manutenção da vida, em relação a tudo o que poderia influenciar a sua evolução.

Collière afirma que “Por muitos séculos a enfermagem foi exercida de maneira empírica pelas mães que dominavam as práticas do corpo ligadas ao nascimento das crianças e os poderes profiláticos e curativos das plantas” (1989, p. 56). Eram conhecidas como “médico do povo”. Faz-se necessário, para a compreensão de sua história, enquanto prática da enfermagem, conhecer esta prática em relação à mulher prestadora de cuidados e a forma de evolução do seu saber.

Com a ascensão do Cristianismo, inicia-se uma nova concepção dos cuidados que negam a relação corpo-espírito, dando espaço ao poder da religião (Igreja). Com este poder, a Igreja subestima os feiticeiros, os adivinhos e as mulheres pagãs pela ameaça que representavam ao poder religioso e institui as Irmãs de Caridade que, tratam os doentes primeiro por caridade, mas também que, ao tratarem o corpo, poderiam ajudar a salvar a alma. Então, o cuidado exercido pelas mãos, pelo sentido do tato é substituído pelo discurso, recomendações e conselhos baseados em princípios morais e religiosos. Neste sentido, a enfermagem era uma prática independente da prática médica. Este modelo religioso permaneceu durante a idade média (COLLIÈRE, 1989).

Culminando com grandes mudanças como o Renascimento, a Reforma, a promulgação das Leis Anticlericais, a medicalização dos hospitais e com as descobertas do fim do século XIX, as atividades médicas ampliaram-se e tornou-se necessário que algumas delas fossem delegadas. Nessa fase, segundo Collière, o “ato médico passou a exigir a ajuda de alguém que pudesse detectar precocemente os sinais da doença, aplicar um tratamento, preparar material, além de consolar e encorajar os doentes” (1989, p. 78). Passou, então, a existir, a “mulher enfermeira, auxiliar do médico”.

Com a transição entre a queda do Feudalismo e a instalação do Capitalismo, segundo Almeida e Rocha (1989), houve o momento obscuro da história da enfermagem, quando as

mulheres que vão prestar cuidados nos hospitais são as que não serviam para a indústria, pois eram imorais, bêbadas e analfabetas. Isto até a metade do século XIX.

Ainda conforme Almeida e Rocha (1989), entre os antecedentes imediatos mais importantes da profissionalização da enfermagem, incluem-se o percurso de Florence Nightingale, inglesa, de uma família aristocrática que tinha o desejo de ser útil e ajudar aos pobres. Contrariando as regras sociais da época, estudou, viajou e iniciou sua trajetória na enfermagem. Em 1854, com a Guerra da Criméia o trabalho de Florence foi muito importante junto aos feridos. Um dado relativo ao êxito do trabalho coordenado por Florence, nesta guerra, diz respeito à expressiva redução no percentual de mortes nos hospitais de campanha, através dos aspectos de higiene e organização, evidenciando que as péssimas condições, anteriormente vigentes, eram a principal causa da mortalidade, sendo Florence consagrada como a heroína da Guerra da Criméia.

O nome de Florence ligou-se em definitivo à história da enfermagem moderna por ter sido a principal responsável pela fundação de uma escola destinada a formar pessoas para uma prática de enfermagem, redimensionada aos novos tempos. Esta escola nasceu junto ao Hospital St. Thomas, em Londres, tornando-se modelo para dentro e fora da Inglaterra. Sua proposta era preparar pessoas para exercer os serviços usuais de enfermagem (nurses) e o preparo de outras mais qualificadas para as atividades de supervisão, administração e ensino (ladies-nurses) (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

Com o Capitalismo, foram criados os hospitais com o objetivo da cura. O médico assumindo os espaços antes ocupado pelas religiosas, passa a ser o responsável pela organização do hospital, ficando os enfermeiros com a função de organização da assistência. Desta forma, a prática médica começou a exercer tutela sobre a enfermagem, o que também aconteceu por parte da Igreja. A enfermagem, em seu conjunto, foi grandemente influenciada

pela medicina, que lhe guiou os primeiros passos no caminho do conhecimento científico e lhe ditou normas de trabalho (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

Moreira (2005) considera que as atuais profissões voltadas para a saúde emergiram de um tronco histórico comum, plantado a partir das práticas de cuidados em geral, não tendo dúvida de que a medicina desempenhou um importante papel na delimitação do campo de atuação das diversas categorias vinculadas ao papel de manter ou promover a vida, como é o caso da enfermagem.

Almeida e Rocha (1989) também descrevem outras situações relacionadas ao sistema Capitalista, em que predominam as doenças infecto-contagiosas, a redução nas taxas de mortalidade e o aumento significativo das enfermidades crônicas. Além disso, os acidentes de trabalho passam a constituir uma ameaça constante em determinados setores da indústria. A enfermagem também conheceu algumas transformações nessa passagem de uma fase para outra no Capitalismo, sendo que, no Capitalismo Liberal, a enfermagem surge como profissão assalariada e suas atividades centradas basicamente no hospital.

No Brasil, após a institucionalização da enfermagem e com a estruturação dos órgãos governamentais de saúde é criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923, atual escola Ana Nery, vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro. As mudanças nas orientações legais, referentes à profissionalização, explicitam as necessidades oriundas do contexto sócio-político e econômico do país (SILVA, 1989).

Assim, foi considerado como pré-profissional o período em que não havia sido institucionalizado o ensino da enfermagem e a mesma era exercida por leigos, que usavam os mais diversos meios de tratamento, mesmo sem recursos ou conhecimentos. Já o período considerado profissional se deu a partir de 1890, com a criação oficial da primeira escola para preparar enfermeiras em nosso país (MOREIRA, 2005).

Moreira entende por enfermagem profissional:

aquela atividade exercida por pessoas que passam por um processo formal de aprendizado, com base em um ensino sistematizado, com currículo definido e estabelecido por um ato normativo da autoridade oficial, recebendo diploma documentando a titulação referente aos conhecimentos adquiridos (2005, p. 31).

Fazendo-se um apanhado dos anos 30 do século XX, segundo Silva (1989), observa-se que foram marcados pelo autoritarismo, pela repressão aos movimentos populares e início do declínio da prática sanitária. Surgiram as primeiras tentativas de industrialização no Brasil e com o objetivo de atender a essa nova política econômica, o interesse da saúde voltou-se para o individual, com ênfase na atenção médica. Segundo a mesma autora a década de 40 do século XX, por sua vez, foi marcada pela ênfase à saúde pública através da criação do Serviço de Saúde Pública.

Silva (1989) afirma, ainda, que, em 1954, a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, criada em 1926, passou a ser denominada Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Já nas décadas de 60 e 70 do século XX, o movimento dos profissionais da enfermagem adquiriu maior expressão e novos estudiosos dedicaram-se à formulação de conceitos e teorias que constituíram um corpo de conhecimentos, os quais, fundamentam a prática de enfermagem.

No Brasil, Horta iniciou na década de setenta do século XX, a construção de referenciais teóricos, visando melhorar os cuidados aos clientes. Desenvolveu a teoria das necessidades humanas básicas, com embasamento na teoria da motivação humana de Maslow e na classificação das necessidades psicobiológicas, psicossocial e psicoespiritual, de João Mohana.

Ainda para Collière (1989), neste período e baseada em teorias, a enfermagem vai encontrar sua razão de ser na pessoa que está sendo tratada. Inicia-se o processo de delegação

de tarefas e a preocupação em garantir a continuidade dos cuidados aos doentes, tendo em conta as suas necessidades fundamentais e a melhor utilização das informações colhidas no atendimento. Tudo isso, resulta na criação de um instrumento de trabalho: o plano de cuidados. O foco da atenção da enfermagem passa de um homem, corpo biológico, para um ser biopsicossocial e a atenção que estava centrada nas tarefas passa a ser orientada pelas necessidades do paciente.

No final da década de 80, também do século XX, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, 1986, cujas recomendações nortearam os princípios da Reforma Sanitária, com a Lei do Sistema Único de Saúde, o que levou, necessariamente, a questionar e rever as funções exercidas pelo enfermeiro. Também nessa época há uma intensificação dos debates sobre a formação do enfermeiro. Denuncia-se o ensino centrado no ambiente hospitalar, a inadequada relação dos cursos de graduação com o mercado de trabalho e também com o perfil demográfico e epidemiológico do país. Surge a Portaria nº 1.721/1994 do Ministério da Educação, que passa orientar a formação do enfermeiro (RODRIGUES, 2005).

Em destaque ainda pode-se citar as legislações que entraram em vigor nas últimas décadas do século passado. Dentre elas, está a Constituição Federal (1988) que determina os direitos sociais à educação, à saúde, ao trabalho e ao lazer, à segurança, à proteção a maternidade, à infância e à assistência aos desamparados. Também de suma importância foi a regulamentação e implementação da legislação do exercício profissional da enfermagem, a Lei Federal 7.498 de 1986, criada justamente para definir as funções dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, componentes da equipe de enfermagem e assegurar a qualidade de atendimento ao paciente.

A enfermagem, em sua trajetória inicial, fez aquilo que tradicionalmente se preconizava para ela: executar ações de cuidado rotineiro, seguindo normas nem sempre elaboradas por enfermeiros, implantadas com o objetivo principal de evitar erros. Mas, à medida que os cuidados foram ficando mais complexos, ficou claro que para realizá-los era necessário mais que a simples vontade, motivação e dedicação; o desenvolvimento da enfermagem profissional dependia, dentre outros fatores, da habilidade, da experiência e de conhecimentos (DOCK & STEWART apud CARRARO, 1997).

Percebe-se, portanto, no decorrer da história, mudanças na enfermagem; acredita-se que estas foram possíveis em função da construção do conhecimento profissional, contando, com certeza, com o esforço dos profissionais (incluindo-se os pesquisadores da área), dos órgãos de classe e do ensino. Assim, o momento presente leva a refletir sobre a essência da profissão que é o cuidado humano, o qual, pode ser proporcionado de forma sistematizada, respeitando a individualidade do ser humano assistido.

Na enfermagem, o questionamento sobre o cuidado surgiu há algum tempo, quando a execução de tarefas, o uso da tecnologia, enfim, todas as atuações pareciam voltadas para o científico, sendo que o envolvimento, a troca de sentimentos, eram quase que proibidos, em função de manter a objetividade necessária na atuação profissional.

Na seqüência, discute-se o cuidado humano com suas configurações. Dependendo do contexto a que se refere, pode significar zelo, preocupação ou carinho, mas sempre está relacionado a relações intrapessoais e interpessoais, representando mais do que uma dimensão teórica, prática, científica ou pedagógica.

2.2 Cuidado Humano: natureza, dimensões e significado para a enfermagem

Cuidar de pessoas é também ser cuidado, é administrar o contexto indivisível do eu e do outro, assim afirma Boff:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (1999, p.33).

O cuidado é mais que um ato, é uma atitude, entre outras, disse o filósofo que melhor viu a importância essencial do cuidado, Heidegger (1989–1976) em *Ser e Tempo*. Ele argumenta que do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que significa dizer que ele se encontra em toda atitude e situação de fato. Lembra que qualquer coisa que o ser humano fizer vem acompanhada de cuidado (BOFF, 1999).

Boff (1999) lembra que o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. Sem o cuidado deixa de ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre. E se, no decorrer da vida, não fizer com cuidado tudo que empreender, poderá prejudicar a si mesmo e destruir o que está a sua volta.

Segundo Boff (1999), em dicionários clássicos de filologia, alguns estudiosos derivam a palavra cuidado do latim: cura. Em sua forma mais antiga, cura, em latim, era usada num contexto de relações de amor e de amizade. Outros derivam cuidado do grego cogitare-cogitatus, cujo sentido é o mesmo de cura, cogitar, pensar, colocar atenção, revelar uma atitude de desvelo e preocupação.

O cuidado é imprescindível em todas as situações de enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, tanto como uma forma de viver como de se relacionar. Waldow afirma que o cuidado é “um compromisso com estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento e da vida” (1998, p. 61).

Para Boff, o “cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. É estar diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e encontra-se no outro com desvelo e solicitude” (1999, p. 91). A atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade. Considera, ainda, que o cuidado por sua natureza inclui duas significações básicas. “A primeira, a atitude de desvelo, solicitude e atenção para com o outro. A segunda, de preocupação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro”.

O cuidado no entender de Boff como modo-de-ser

perpassa toda a existência humana e possui ressonância em diversas atitudes importantes. Através dele a dimensão do céu (transcendência) e as dimensões da terra (imanência) buscam seu equilíbrio e co-existência. Realiza-se também no reino dos seres vivos, pois toda vida precisa de cuidados... (1999, p. 109).

A pluralidade de significado deste conceito (cuidado) dá-se pela própria complexidade da existência humana. O ser humano, complexo por natureza, relaciona todos os princípios subjetivos à sua vivência. Por isso, o cuidado deve proporcionar bem estar, deve ser terapêutico e autêntico.

Segundo Boff (1999), a doença remete à saúde e toda cura deve reintegrar as dimensões da vida no nível pessoal, social e no fundamental, que diz respeito ao sentido da existência e do universo. Cuidar do nosso corpo significa uma imensa tarefa, cuidar da vida que o anima, do conjunto das relações com a realidade (higiene, alimentação, ar que respiramos, vestimenta, relações com a ecologia). O autor considera que o cuidado do corpo significa a assimilação de tudo que pode acontecer na vida. Portanto, saúde e cura designam o processo de adaptação e de integração nas mais diversas situações. Ser pessoa não é simplesmente ter saúde, é saber enfrentar a doença e a saúde.

O ato de cuidar de alguém, muitas vezes, reporta à essência do ser humano, seu lado mais íntimo. Busca-se a verdade pela proximidade. Pode-se dizer que o cuidado humano é muito mais do que desenvolver ações em prol de alguém. Significa entrar em sua própria vida e enxergar muito além do que os olhos vêem, envolvendo valores, humanidade, preocupações, medos, ansiedades, compromisso, alegrias e tristezas, entre outros.

Historicamente, cada período do desenvolvimento humano ilustra como instrumentos vão-se aprimorando, sofisticando-se, tornando-se peças utilitárias para servir ao cuidado com a vida. Assim, também o homem coloca cuidado em tudo o que faz. O cuidar sempre esteve presente na história humana (BOFF, 1999).

Ide (2001) sintetiza os esquemas de pensamento que vêm atribuindo ao cuidar a primazia de uma prática fundamentada, sistematizada, com capacidade de dirigir-se com autonomia. Sua plenitude vem representada por ações presentes em todos os momentos do ciclo vital, nas distintas manifestações do processo de adoecimento, interagindo com o ser humano em suas diferentes dimensões. Para a autora, essa representação se caracteriza, dentre outros aspectos, pela ausência de limites e por uma busca de transcendência.

O esboço dessa nova perspectiva analítica permite falar do cuidar qualificado, projetado para além do reducionismo do ser e para além da escala funcional. Pressupõe aceitar que o psicossocial é eminentemente ético. Neste caso, sendo a ética não um estado absoluto definido por mentes privilegiadas ou por uma suposta natureza humana, ela é histórica e aflora como condição necessária à vida em sociedade (IDE, 2001).

Portanto, o cuidado humano, referido como uma atitude ética, é entendido como uma forma de viver, em que seres humanos tentariam harmonizar seus desejos de bem-estar próprio em relação a seus próprios atos em função do bem-estar dos outros. Isso incluiria um todo maior, a sociedade, o meio ambiente, a natureza. Assim, no cuidado humano existe um

compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo, que não é apenas para fazer aquilo que satisfaz, mas ajudar a construir uma sociedade com base em princípios éticos e morais. Isso permite construir uma história da qual se tenha orgulho (WALDOW, 1999).

Desta forma, o processo de cuidar é definido como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimentos científicos, experiências, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com o cliente no sentido de promover, manter e ou recuperar sua dignidade humana. Essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integralidade e constitui, em última análise, um processo de transformação de ambos, o cuidador e o ser cuidado (WALDOW, 1999).

O processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado. O cuidado é interativo, entre o cuidador e o ser cuidado, em que o primeiro tem um papel mais ativo, pois desenvolve ações e comportamentos de cuidar. O segundo tem um papel mais passivo e, em função de sua situação, pode contribuir dialeticamente no cuidado, ao desempenhar um papel menos passivo e ser responsável pelo próprio cuidado em situações de educação para a saúde (WALDOW, 1999).

Se o cuidado é realmente importante e significativo, deve ser reconhecido não só por aquelas pessoas que são cuidadores profissionais, como por todas as pessoas que de alguma maneira estão envolvidas nele. É aí que se fala do cuidado humano, pois todos somos ou deveríamos ser cuidadores. No entanto, distingue-se a ação e a interação do cuidador profissional.

As visões de cuidado tornam-se bastante filosóficas e até mesmo metafísicas. A noção do processo de cuidar trans-pessoal é definida como a totalidade das experiências humanas que se fundem durante um evento real de cuidar. Esse evento consiste em um ponto focal no

tempo e espaço de ambos, do cuidador e do ser cuidado. A idéia é a da intersubjetividade, que ambos os seres compartilham (WALDOW, 1999).

O cuidado em saúde é considerado como sendo da esfera não material, que se completa no ato da sua realização. Portanto, a objetividade e a subjetividade lhes são inerentes, tendo em vista que o objeto que o constitui são seres humanos e conseqüentemente as intervenções técnicas serão sempre permeadas por relações inter-pessoais (sociais). É um trabalho que atende a dois aspectos: O primeiro é o de preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, a individualidade, a complexidade das situações e necessidades das pessoas e o segundo é o de estar de acordo com certas regras, regulamentos e valores gerais, tendo que manter o equilíbrio entre ambos.

Waldow (1999) afirma que as primeiras discussões sobre o fenômeno de cuidar, que surgiram na literatura de enfermagem, utilizaram o conceito de cuidado no sentido relacional, enfocando-o sob o ponto de vista existencial, como um ideal filosófico, não se referindo apenas às pessoas, mas às coisas ao nosso redor. Dessa forma, o ser humano, por meio do cuidado, vive o significado de sua vida.

A necessidade de profissionais para o cuidado de enfermagem tomou como eixo a premente carência do indivíduo a ser cuidado, a ser acolhido em determinado momento da sua vida. Assim, o cuidar não é apenas assistir às pessoas numa perspectiva apenas técnica. Não é apenas cuidar enquanto ação técnica, direcionada à doença, aos sinais e sintomas. É, antes de tudo, um processo de cuidar vinculado ao sofrimento, do sentimento de compaixão pelo outro. Para Boff, “a compaixão não é um sentimento menor, de piedade para com quem sofre, mas a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro” (1999, p. 126).

Bettinelli (1998) também refere que a essência da enfermagem é o cuidado e não somente a execução de técnicas e procedimentos, que tornam a relação mecânica, tecnicista,

fria, distante e impessoal. A enfermagem é uma profissão humanística, que necessita do trabalho de equipe multiprofissional para valorizar a vida de todos os envolvidos no processo de cuidado. Para o autor,

... o profissional de enfermagem portanto deve ser capaz de atender as expectativas do paciente/família e, na medida do possível, dar liberdade e autonomia para que o doente também se sinta responsável por seu estado de saúde, na busca de uma condição melhor. Também é importante ter capacidade de utilizar a intuição, e ter percepção bastante acurada, para poder envolver-se mais durante o cuidado, sabendo a evolução do paciente e o processo da assistência prestada (BETTINELLI, 1998, p. 39).

A enfermagem para Bettinelli é considerada como “evento humano, fortalecida pela interação e o envolvimento verdadeiro com o paciente, troca esta que deve ser despojada de qualquer interesse unilateral” (1998, p. 39). Há uma complementação dialeticamente recíproca no cuidado, entre o profissional e o paciente. O primeiro para que exerça com responsabilidade a sua parte neste processo, deve ter conhecimentos teóricos e práticos, ética profissional, habilidade e uma forte disponibilidade para com aquele que necessita do cuidado. A criatividade deve ser estimulada, para que aconteça o desenvolvimento do potencial dos envolvidos, o conhecimento e aperfeiçoamento de cada relação, sabendo lidar com conflitos e divergências.

Então, cuidar, para a enfermagem, constitui-se na execução de ações autênticas, na medida em que o enfermeiro se aproxima do cliente, em seu momento mais frágil, que é a doença, de modo, a efetivamente contribuir para o restabelecimento da sua condição de saúde.

2.3 A Sistematização da Assistência de Enfermagem: o processo de enfermagem

Na revisão da literatura sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) percebe-se a tendência de uma evolução crescente e contínua em direção à assistência de enfermagem sistemática ao paciente. As teorias de enfermagem elaboradas por enfermeiras buscam fundamentar essa assistência.

O conceito de processo de enfermagem (PE) para Yer apud Carvalho e Rossi (1999) compreende três aspectos: seu propósito, suas propriedades e seus componentes. O propósito é utilizar uma metodologia para a prática da enfermagem e prover uma abordagem para identificar as necessidades dos sujeitos (cliente, família e comunidade), oferecendo o cuidado necessário para cada situação. As propriedades do processo são ter um propósito, ser sistemático, dinâmico, interativo, flexível, humanizado e baseado em teorias de enfermagem. É composto por cinco fases: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Para Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004), o PE é considerado como um instrumento metodológico que viabiliza ao enfermeiro identificar, compreender, descrever e explicar os problemas de saúde do paciente, assim como determinar os aspectos que exigem intervenção profissional de enfermagem. Portanto, os que desempenham a enfermagem fazem ações de enfermagem, tendo como fundamento a análise sobre fenômenos humanos específicos (diagnósticos de enfermagem) para alcançar os resultados esperados (resultados de enfermagem).

Portanto, o PE é um instrumento metodológico, do qual a enfermagem lança mão, tanto para favorecer o cuidado, quanto para organizar as condições necessárias para que o cuidado seja realizado. Seu desenvolvimento de modo sistemático, planejado e dinâmico, possibilita identificar, compreender, descrever, e explicar como nosso cliente responde a certos problemas de saúde, assim como possibilita, a partir das respostas, prestar o cuidado profissional, para alcançar melhores resultados.

O PE não é um conceito novo. É possível que o ponto de partida para seu desenvolvimento e introdução em nossa linguagem profissional remonte à segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale enfatizou a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre constatações de aspectos relacionados à saúde. A

introdução formal do conceito de PE, na linguagem profissional dos enfermeiros, nos anos cinquenta do século XX, foi influenciada pela ênfase dada ao método de solução de problemas, com raízes no método científico de observação, mensuração e análise de dados que, obviamente não são específicos da enfermagem (GARCIA, NÓBREGA e CARVALHO, 2004).

A primeira descrição de PE foi realizada por Lydia Hall, em 1955. Após, Johnson, em 1959, Ida Orlando em 1961 e Wiedenbach, em 1963, desenvolveram cada uma, um modelo diferente. O processo constava de três fases: observação, prestação de serviço e validação. Mais tarde, Knowles (1967) sugeriu que eram necessárias cinco fases para a prática da enfermagem: descobrir, pesquisar, decidir, fazer e distinguir. Durante as duas primeiras fases recolhem-se os dados sobre o paciente; na terceira, determina-se um plano de ação e, na quarta, a enfermeira executa o plano, que será avaliado a partir das respostas do paciente, na quinta fase. Também em 1967, houve outras propostas quanto à organização do PE e, em 1973, a American Nurses Association publicou os critérios da prática de enfermagem seguindo as fases do processo (GARCIA, NÓBREGA e CARVALHO, 2004).

Desde os anos cinquenta do século XX, o PE tem representado o principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional. Foi projetado para organizar o pensamento, de tal modo que os problemas dos pacientes pudessem ser antecipados e solucionados de modo rápido e eficaz (GARCIA, NÓBREGA e CARVALHO, 2004).

Segundo Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004) o modo de atuar em enfermagem, focalizado na identificação de problemas estimulou o ensino na formação profissional, ressaltando a importância da coleta e análise de dados, realizadas com rigor metodológico. Na época, inclusive, vários modelos de instrumentos de coleta de dados, com diferentes

abordagens, foram descritos na literatura, como o modelo de levantamento de dados em 13 áreas funcionais, propostas por McCain em 1965. As autoras também destacam a proposta descrita por Yura e Walsh em 1967, num PE constituído por quatro fases, enfatizando as habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas, consideradas necessárias à prática profissional do enfermeiro.

Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004), também relatam que, segundo a opinião de Pesut e Herman (1998), essa primeira geração do PE foi importante porque chamou a atenção profissional sobre a necessidade de agir com fundamentação nas teorias de enfermagem. À medida que se construía a experiência prática com o processo, novos conhecimentos foram envolvidos. Os programas de ensino enfocavam o cuidado centrado na identificação e na solução dos problemas relacionados predominantemente, a determinadas condições fisiopatológicas e médicas. Nessa época, protocolos de ações, intervenções e procedimentos vinculados a problemas específicos foram desenvolvidos e utilizados em ambientes clínicos. Em algumas situações, contudo, a identificação do problema e a determinação das ações ou intervenção de enfermagem se tornaram rotineiras ou ritualizadas, sem levar em consideração as características especiais de uma dada situação ou cliente.

Ainda segundo Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004), à medida que a solução dos problemas se torna conhecida, cresce a necessidade de classificar e padronizar os problemas mais frequentes e que requeriam a atenção da enfermagem. Em 1973, nos Estados Unidos, foi realizada a primeira conferência para classificação de diagnósticos de enfermagem, com o propósito de construção de uma nomenclatura padronizada, que pudesse descrever os problemas clínicos mais comuns na prática profissional. Foi, então, elaborada a primeira listagem de diagnósticos de enfermagem, pertencendo ao domínio específico da enfermagem. Até essa época a etapa diagnóstica não estava incluída no PE. Pode-se então afirmar que esta etapa de identificação e classificação de diagnósticos de enfermagem marcou o início de uma

geração do PE e, com ele uma nova era para a enfermagem, que avança para sua estruturação como ciência.

Concluem Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004) afirmando que o PE, quando descrito na literatura introduziu, uma nova fase na profissão de enfermagem, tornando-se o foco da prática e o principal método de trabalho da enfermagem. Inicialmente, foi orientado em torno de problemas relacionados a doenças, posteriormente nas quatro décadas seguintes aos anos cinquenta do século passado, modificando sua orientação para um foco próprio da área, com a publicação dos modelos, sistemas conceituais e teorias de enfermagem.

Quanto a sua organização, o PE tem sido descrito com diferentes números de fases e definições de seus componentes. Há descrições com quatro fases, enquanto outros autores consideram cinco. A seguir, descrevemos as cinco fases do PE definidas por Kozier apud Franco (2004).

Inicialmente, realiza-se a coleta de dados, que consiste em verificar e organizar os dados do nível de saúde do cliente. A informação dos aspectos físicos, emocionais, de desenvolvimento, sociais, intelectuais e espirituais são obtidos de várias fontes, e é a base da atuação e a tomada de decisões nas etapas seguintes. Para realizar este passo do PE, são essenciais as técnicas de observação, comunicação e de entrevista.

Já o diagnóstico de enfermagem caracteriza um processo que constitui uma relação das alterações atuais ou potenciais, no nível de saúde do cliente. Nesta fase, são agrupados dados com base nas respostas do cliente, que podem ser fisiológicas, espirituais e sociais.

O planejamento implica em uma série de fases, nas quais o enfermeiro estabelece as prioridades, anota os objetivos, ou as respostas esperadas, e descreve as atividades de enfermagem selecionadas para resolver os problemas identificados e para coordenar o cuidado

prestado por todos os membros da equipe de saúde. Desenvolve ações específicas para cada diagnóstico de enfermagem.

A fase da implementação consiste em realizar o planejamento dos cuidados. Durante esta fase, o enfermeiro continua colhendo dados e validando o planejamento realizado. A coleta contínua de informações é essencial, não somente para verificar as mudanças no estado do cliente, como também para construir dados que permitam a avaliação dos objetivos na fase seguinte. Para validar o plano, o enfermeiro determina se o planejamento de cuidados é real e ajuda o cliente e se o planejamento está individualizado para suprir as necessidades específicas do cliente.

Na avaliação, o enfermeiro pode identificar as respostas do cliente frente às ações de enfermagem e depois, compara essa resposta aos padrões fixados anteriormente. Com frequência, esses padrões referem-se a critérios de respostas ou critérios de avaliação, o que possibilita ao enfermeiro determinar em que medida os objetivos ou as respostas esperadas têm sido alcançados. É imprescindível reajustar o planejamento de cuidados. Por sua vez, esse reajuste deve implicar nas mudanças em alguma ou em todas as fases do processo.

A prática contemporânea da enfermagem requer habilidades de pensamento crítico e criativo de seus executores, parecendo haver três áreas inter-relacionadas de cognição envolvidas no PE: o raciocínio e julgamento diagnóstico, o raciocínio e julgamento terapêutico e o raciocínio e julgamento ético (GARCIA, NÓBREGA e CARVALHO, 2004).

Portanto, o PE é entendido pela comunidade de enfermeiros não somente como um modo de fazer, mas também como um modo de pensar a prática assistencial. Observa-se que a conceituação e realização do PE evoluiu para o reconhecimento de que, além do julgamento estritamente vinculado à doença e suas complicações, o enfermeiro faz outros julgamentos, acrescentando, com isso, qualidade ao cuidado de enfermagem.

Os benefícios da assistência de enfermagem prestada através do PE são descritos por Alfaro-Lafevre (2005) como responsáveis por agilizar o diagnóstico de enfermagem e a resolução de problemas de saúde reais e potenciais, reduzindo a incidência e a duração das estadias hospitalares. Propicia um plano de cuidados com eficácia de custos, tanto em termos de sofrimento humano, quanto de gastos financeiros. Promove a flexibilidade e o pensamento independente na atuação de enfermagem. Elabora intervenções para o indivíduo (não apenas para a doença), impedindo que se ignore a importância do fator humano. Tem exigências precisas quanto à documentação (melhorando a comunicação, evitando erros, auxiliando na avaliação e realização de estudos). Além disso, a enfermagem fica satisfeita com a obtenção de resultados com qualidade na assistência prestada.

Reforça-se a proposta do PE como instrumento ou modelo metodológico que orienta a prática profissional de enfermagem, assumindo características de uma prática reflexiva, pois durante sua execução exige uma atitude constante em questionamento. E, desta forma, impõe-se um profissional que reflete sobre os significados implícitos em suas ações, sendo que os aspectos que poderiam ser inconscientes, emergem, de forma explícita. Criticamente examinados, reestruturados, podem determinar uma mudança do curso da ação. É um modo de pensar e agir dinâmico, que leva a mudanças na prática, sistematicamente.

Cabe aqui, destacar que, no âmbito da enfermagem, é essencial a visão do ser humano complexo e indivisível, que responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais e que o cuidado profissional de enfermagem existe como resultado de um empreendimento humano e não como um fenômeno natural. Desta forma, o conteúdo e a complexidade do pensamento envolvido refletem os valores da profissão e o conhecimento que tem sido desenvolvido e acumulado na história de atuação no ensino, na assistência, no gerenciamento e na pesquisa em enfermagem.

Porém, a implementação da proposta de cuidados sistematizados nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, apesar da consciência de sua real importância na prática clínica, muitas vezes, ainda, é fragmentada. Este fato pressupõe a necessidade de romper barreiras estruturais, culturais e políticas para desenvolver uma assistência adequada ao ser humano. É importante, então, avaliar e melhorar a atuação do enfermeiro, enquanto sujeito e agente de mudanças necessárias de serem promovidas na realidade. A SAE necessita ser mais bem vista como um processo teórico-prático que requer espaços reflexivos, com vistas a sua problematização sistematicamente reconstrutiva, enquanto realidade concreta em que enfermeiros estão inseridos cotidianamente, em âmbito hospitalar.

O que se observa, muitas vezes, é que a implementação da sistematização da assistência tem esbarrado em muitas dificuldades, prevalecendo na prática clínica a organização do cuidado de enfermagem centrado em tarefas, sendo que o que importa é a realização da ação. E, embora os enfermeiros associem o processo de enfermagem ao cuidado individualizado, não quer dizer que realmente compreendam o significado para a prática clínica.

São apresentadas na literatura, por diversos autores, dificuldades para a implementação desse processo. Consideram condições para este desenvolvimento a abertura e a flexibilidade das organizações, que devem dar à equipe de enfermagem a oportunidade de definir o modelo para alcançar seus objetivos. Afirmam também que o profissionalismo, a atitude e a criatividade da equipe de enfermagem são importantes.

Mesmo com a evolução histórica da profissão de enfermagem, no Brasil, as instituições fazem tentativas que são bem sucedidas ou muitas vezes frustradas, nos processos de implementação da SAE. Isso também acontece na nossa realidade, onde parece haver a

crença de que não são necessários cuidados sistematizados, nos moldes dos propostos pela SAE, para se prestar assistência com qualidade (BACKES et al., 2005)

Como já mencionado uma das propriedades do PE é ser baseado em teorias de enfermagem, podendo ser utilizado em qualquer referencial teórico de enfermagem. Os modelos teóricos são baseados em diferentes visões teórico-filosóficas sobre o cliente, a enfermagem, a saúde, o ambiente e as relações entre eles. Portanto, a seleção de um modelo teórico apropriado à instituição e à situação de cuidado de saúde do ser humano envolve tanto o conhecimento dos diferentes modelos, quanto das variáveis que participam do contexto da atuação profissional do enfermeiro.

A seguir, destacam-se alguns modelos teóricos, que contribuem para a fundamentação da prática assistencial em enfermagem.

2.4 As Teorias de Enfermagem e sua Influência na Sistematização da Assistência

Segundo Carraro teoria pode ser considerada como “...um conjunto de princípios fundamentais de uma arte ou de uma ciência” (2001, p. 31). Já Meleis apud Carraro refere que “as teorias de enfermagem são tidas como uma construção articulada e comunicada da realidade criada ou descoberta dentro da ou pertinente à enfermagem, para propósitos de descrição, explicação, predição ou prescrição do cuidado de enfermagem” (2001, p. 31). Ainda segundo Carraro (2001), as teorias refletem diferentes realidades, pois apontam os interesses da enfermagem na época, o ambiente sociocultural e as experiências educacionais vivenciadas.

Carraro afirma que:

a teoria orientada para a prática é aquela dirigida para produzir mudanças ou efeitos desejados em determinada condição ou fenômeno. As teorias proporcionam formas de olhar/compreender os fenômenos da enfermagem. Alguns fenômenos são abordados em quase todas as teorias, porque representam o centro da sua prática (2001, p. 31).

As razões pelas quais surgiram as teorias de enfermagem foram, primeiramente, a percepção das enfermeiras em relação ao desenvolvimento de teorias como um meio de identificar a enfermagem como profissão, além de contemplar um grande interesse que era definir um corpo de conhecimentos próprios para a enfermagem. Da mesma forma os teóricos estavam interessados no valor intrínseco das teorias para a enfermagem e na importância do crescimento e enriquecimento das mesmas (CHOI, 1989).

A evolução da ciência, aliada à necessidade de pesquisar para construir o saber, levou os enfermeiros a questionarem suas tradições. Foi então na década de cinquenta do século passado que esse questionamento aumentou e foi decisivo para a elaboração de teorias e um corpo de conhecimentos específicos da enfermagem. Nesta busca do desenvolvimento e atuação profissional, surgiram novas teorias e modelos de assistência para a enfermagem, inicialmente nos Estados Unidos, com muita força, e, posteriormente espalharam-se para outros países (CHOI, 1989).

A história registra que a enfermagem pré-nightingaleana era desenvolvida sem um referencial, que as pessoas que nela atuavam não tinham algum tipo de preparo para tal e que os resultados não eram satisfatórios. Porém, com as contribuições profissionais de Nightingale, a enfermagem passou a praticar o modelo de assistência por ela desenvolvido. Em termos de teoria, explicou o seu campo de atuação, quanto à relação paciente/meio ambiente e iniciou as análises estatísticas, contribuindo para a saúde e a enfermagem profissional (CHOI, 1989).

Segundo Chinn e Kramer apud Garcia e Pagliuca (1999), na década de sessenta do século passado, os profissionais enfermeiros, conscientes da necessidade de teorizar, foram buscar conhecimentos sobre o que é teoria, seus elementos componentes e estratégias para desenvolvê-las em outras áreas do saber, o que produziu maior aprendizado na área da

filosofia da ciência e a habilidade para a reflexão crítica. Nesta década, foram publicadas as concepções sobre a enfermagem e o tipo de conhecimento e habilidades necessárias à prática. Vários desses modelos incluíam o PE, que passaram a ser aplicados à prática e aos currículos. Nos anos seguintes, proliferaram os modelos teóricos para a prática da enfermagem.

As teorias de enfermagem procuram relacionar fatos e estabelecer as bases de uma ciência de enfermagem. Em 1961, Wanda McDowel apresentou o relacionamento entre enfermagem e homeostasia para a administração do cuidado humano. De acordo com esta teoria, o paciente comunica continuamente informações sobre suas condições (CHOI, 1989).

Myra E. Levine, em 1967, desenvolve a teoria holística e em linhas gerais vê o homem como um todo, dinâmico, em constante interação com o ambiente. Destaca que desde o nascimento até sua morte, o indivíduo defende o seu todo, sua unidade. Em 1968, Imogenes King apresentou os conceitos básicos da sua teoria, baseada no comportamento humano, na qual o dinamismo do homem, cujas percepções seletivas de objetos, pessoas e acontecimentos influenciam seu comportamento, sua interação social e sua saúde (CHINN e KRAMER apud GARCIA e PAGLIUCA, 1999).

Em 1969, Dagmar E. Brodt apresentou a teoria sinérgica. Segundo ela, a confortável mistura de conhecimento e habilidades protege um paciente de sua fraqueza e mobiliza suas forças para a recuperação. Nesta época (1970), cria-se a teoria da adaptação por Sister Callista Roy, em que, segundo a autora, a adaptação compreende todas as formas conscientes e inconscientes de ajustamento às condições do ambiente que o homem enfrenta (CHINN e KRAMER apud GARCIA e PAGLIUCA, 1999).

Ainda, conta-se com a teoria de Martha Rogers onde o ente é o homem como um todo, na completa área eletrodinâmica. Tem como principais valores e instrumentos a imaginação e a criatividade. Mostra os fatos e observações transcendentais, abstratos, numa análise

evolutiva dos problemas e dos conhecimentos. O progresso do conhecimento teórico e a não centralização apenas no modelo biomédico acentuaram o foco do cuidado de enfermagem na pessoa, na sua integralidade e não somente na doença (CHINN e KRAMER apud GARCIA e PAGLIUCA, 1999).

Na literatura, pode-se também encontrar referências sobre as teorias de Madeleine Leininger de 1978, que trata do cuidado transcultural; de Wanda de Aguiar Horta, que publicou no Brasil em 1979, a teoria das necessidades humanas básicas e, a partir daí operacionaliza um PE, como base para a metodologia da assistência de enfermagem. Em 1989, torna-se conhecida a teoria de enfermagem de Benner & J. Wrubel baseada no cuidado essencial – ajuda mútua (CHOI, 1989).

Para a assistência de enfermagem, os modelos teóricos muito têm contribuído quando usados como referencial para a sua sistematização. A teoria serve como guia e aprimora a prática, dirigindo a observação dos fenômenos. Desta forma, os processos de cuidar em enfermagem nada mais são do que o resultado daquilo que se conhece, do que se pesquisa, de como os profissionais são formados. Portanto, uma prática baseada em teoria tem um guia, não ocorre ao acaso.

Segundo Choi (1989) as teorias que hoje temos representam os esforços coletivos e individuais das enfermeiras para definir e dirigir a profissão e, como tal, proporcionar a base para um desenvolvimento teórico continuado. Neste sentido, as teorias mostram diferentes modos de pensar a enfermagem, algumas apontando apenas um aspecto da realidade, outras apontando o conjunto dos fenômenos de interesse da profissão.

Nesse olhar, teorias de enfermagem são alimentadas por outras áreas, ou seja, cedidas por outras disciplinas. No desenvolvimento da enfermagem, vários fatores vêm sendo considerados para a formação de um corpo de conhecimentos próprios. Assim, teorias,

referenciais teóricos e modelos são desenvolvidos nas relações com a prática. A própria demanda social tem impulsionado as transformações que a enfermagem, como profissão, tem vivido nos últimos anos.

Mesmo que de forma inconsciente, o enfermeiro tem um método para o desempenho das atividades de cuidado de enfermagem e tende a reproduzi-lo cada vez que age. Se refletir, planejar e agir apoiado em um referencial teórico, embora num primeiro momento pareça ser difícil e complexo, o método utilizado passa a facilitar a realização das ações profissionais, assegurando avanços na qualidade da assistência prestada.

CAPÍTULO III - A PROBLEMÁTICA DOS SABERES INTEGRANTES DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Este capítulo apresenta uma reflexão acerca da construção do conhecimento profissional do enfermeiro, seus saberes, o ensino e a formação nos cursos de graduação. Aborda a crise da racionalidade técnica e o desencadeamento da mudança de paradigma em termos de educação, destacando aspectos da educação reflexiva como pressupostos para uma educação contemporânea e suas implicações na formação do profissional enfermeiro. Na seqüência, lança-se um olhar sobre as questões que envolvem o pensamento complexo e interdisciplinar no contexto da saúde.

3.1 A Construção do Conhecimento Profissional do Enfermeiro

À luz da análise histórica, o modelo de saúde e, conseqüentemente, a formação profissional em enfermagem foi marcadamente apoiado nos princípios flexnerianos, ou seja, no enfoque biologizante/mecanicista/curativo, centrado na doença, no individual e na competência técnica. Aponta para o que hoje ainda denota vestígios no ensino da enfermagem, ou seja, a reprodução do modelo biomédico (o ensino clínico), a ênfase na atividade prática controlada institucionalmente e determinada pelo modelo de saúde convencional (BACKES, 2000).

O Relatório Flexner foi produzido nos Estados Unidos em 1910, institucionalizando um paradigma à medicina que incorporou o conceito de corpo humano constituído de partes,

funcionando como uma máquina e a doença, uma avaria que precisava ser consertada por um técnico (o médico) e tratada numa oficina (o hospital), de forma química ou cirúrgica. As relações da medicina e da sociedade são ocultadas e o modelo nega a origem social da enfermidade (CAPRA, 1982).

O modelo biomédico, por sua vez, é originário das ciências naturais e inspirou-se em Claude Bernard, cuja principal preocupação consistia em demonstrar a importância da pesquisa experimental para o desenvolvimento da medicina. Para ele todas as ciências naturais devem seguir o método experimental, procurando assim chegar ao conhecimento da lei dos fenômenos naturais de modo a prever, dominar e alterar estes mesmos fenômenos naturais (CAPALBO, 1984).

Retomando então a questão da fundamentação que vem norteando o saber e a prática da enfermagem, baseada na influência social/histórica e revendo alguns autores como, Paim (1991), podemos afirmar que quatro tendências dominaram o cenário da enfermagem brasileira: a primeira foi a tendência ao serviço que começou a se formar a partir da institucionalização da enfermagem brasileira em 1923, com a presença das enfermeiras Norte Americanas na organização da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Conforme Paim (1991), nas décadas de 50 e 70 do século XX, através também da influência Norte Americana, surgiu a segunda tendência em enfermagem, a administração. Isso ocorreu com a expansão da rede hospitalar, com a organização da previdência no Brasil. O ensino de enfermagem voltou-se para a formação de enfermeiros líderes, para supervisionar o trabalho nos hospitais, visto que, logo anteriormente a esse fato, ocorreu a formalização dos Cursos de Auxiliar de Enfermagem, passando a estes a prestação dos cuidados. Já a terceira

tendência, a acadêmica começou a se projetar no final dos anos 60 do século XX, quando apareceram os primeiros Cursos de Especialização em Enfermagem.

Paim (1991) também relata que a partir da década de 70 do século XX, começa a ficar em evidência a inadequação da formação nos moldes dos princípios flexnerianos, fazendo surgir críticas às instituições educacionais que preparavam recursos humanos para atuar na área da saúde e, nos anos 80 do século XX, a tendência assistencial começou a se formar e encontra-se vigente até os dias atuais. Trata-se da corrente focalizada na prática assistencial, denominada de assistência ou prática profissional.

Ainda, conforme Paim (1991), a enfermagem, embora tenha se transformado desde o seu despontar como prática social diferenciada, muitas vezes tais transformações passam despercebidas. De um lado a divisão básica entre duas categorias, a das enfermeiras e a das ocupacionais, predominando ainda a imagem da sua prática como sendo homogênea e eminentemente manual. De outro, as enfermeiras preparadas para desempenhar atividades de supervisão e organização, atividades que se caracterizam como sendo de cunho intelectual (PAIM, 1991).

Os reflexos destas transformações mostram a evolução de uma prática de enfermagem técnico-científica, isto é, a capacidade de o profissional executar suas atribuições baseadas em conhecimentos científicos, para um panorama de valorização do homem e de sua formação cultural multidisciplinar. Para o enfermeiro, o conhecimento na área biológica e o conhecimento das ciências sociais são atributos para a obtenção de dado perfil, sendo importante fator de desenvolvimento do trabalho. Nesse cenário de mudanças são, também, valorizadas a criatividade, a inovação, a intuição, a emoção, a capacidade de relacionar-se com os outros e, principalmente, a capacidade de manter-se atualizado com a informação.

Assim, a enfermagem como uma profissão cuja essência é o cuidado humano, desenvolve atividades de promoção, prevenção de doenças e reabilitação da saúde, atuando em equipes. Há muitos anos os profissionais enfermeiros vêm construindo um conhecimento próprio, elaborando teorias e fundamentando suas ações. Para iluminar essa visão, seguem considerações no sentido de situar o tema.

3.2 Os Saberes Profissionais e os Padrões de Conhecimento de Enfermagem

Nascer significa ver-se submetido à obrigação de aprender, é vivenciar a possibilidade de estar em contínuo processo de novas descobertas. As crianças aprendem a andar, falar, vestir-se, usar instrumentos, o que é certo, o que é errado, etc. A criança constitui-se na cultura, sendo portanto a educação o processo de produção de si. Nas sociedades chamadas primitivas, a educação era efetivada através do convívio entre adultos e crianças, os mais jovens aprendiam acompanhando os adultos, observando e participando das atividades do grupo. Hoje, além dessa há a educação formal (CESTARI, 2003).

Para Freire (1996), o homem e a mulher são os únicos seres capazes de aprender com alegria e esperança, na convicção de que a mudança é possível. Ainda afirma que aprender é uma descoberta criadora, sendo a educação ideológica mas dialógica, para que possa estabelecer a comunicação da aprendizagem, entre gente com alma, sentimentos, desejos e sonhos.

A tradição grega desenvolveu um programa de ensino chamado Paidéia, cujo modelo trazia um saber de totalidade como ideal de educação e tinha por objetivo a formação da personalidade integral e não meramente um saber enciclopédico com o acúmulo e justaposição de conhecimentos. As disciplinas articulavam-se entre si, formando uma unidade (VILELA e MENDES, 2002).

A mesma preocupação com a integração dos saberes também esteve presente no movimento iluminista do século XVIII, quando a enciclopédia foi tomada como modelo na defesa da unidade do conhecimento e como expressão de uma nova atitude intelectual, caracterizada pela rejeição à autoridade dogmática sustentada pela igreja e pela tradição (TORRES, 1998).

Com o advento da modernidade, houve um processo de desintegração crescente da unidade do saber. A era moderna foi o período marcado por grande efervescência cultural, quando se destacou entre outros, Descartes. Este, por sua vez, inaugurou definitivamente o pensamento moderno, ao propor o uso disciplinado da razão como caminho para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade. Formulou os princípios dessa nova forma de produção de saberes, caracterizado por decomposição da coisa a conhecer e redução à suas partes mais simples. Esse modelo conhecido como cartesiano tornou-se um paradigma (ALMEIDA, ROCHA e JUAN, 1989).

O século XIX, entretanto, marca a consolidação das especializações. Torres (1998) afirma que a ciência ocidental se desenvolveu, com base nessa noção, a qual foi se valorizando cada vez mais e, no campo das práticas sociais, novas profissões foram criadas e um novo sistema de ensino e formação foi se estruturando, com base na estratégia da disciplinaridade.

Porém, há quase uma década, segundo Vilela e Mendes (2002), Bochniak afirmava que este paradigma racionalista da modernidade já apresentava sinais de esgotamento e essa constatação foi possível graças ao avanço da ciência proporcionado pelo próprio modelo. Surge então a possibilidade da interdisciplinaridade, que se propõe a ampliar nossa visão de mundo, de nós mesmos e da realidade, no propósito de superar a visão disciplinar, cartesiana.

Vários autores consideram que o termo interdisciplinaridade não possui ainda um sentido único e estável. No entanto, ao refletir sobre ele, percebe-se que é uma questão de atitude, uma relação de reciprocidade, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano. Como propõe Morin (2001), ao afirmar que o universo seja visto como um todo, um sistema integrado, uma concepção de teia e de relações que têm como princípio a reaproximação das partes, a religação dos saberes.

Vilela e Mendes (2002) colocam que há diferentes opiniões sobre o que constitui verdadeiramente a interdisciplinaridade, mas consideram o diálogo dos conceitos entre as disciplinas, constituindo novo conhecimento ou buscando a resolução para um problema concreto.

Então, o intenso crescimento científico e tecnológico referido anteriormente, a excessiva especialização do conhecimento, a fragmentação das características do pensamento em geral e das disciplinas acadêmicas, deixaram a herança de visões e práticas científicas reducionistas relativas a complexos fenômenos. Essa redução e o estudo de partes cada vez menores e distanciadas da realidade, produz formas de conhecer parciais e valorizadas como verdadeiras.

Diante de todas estas crises na formação identificamos os saberes profissionais, que são, entre outros, componentes da profissionalidade ou da identidade profissional. É com base nesses saberes que o profissional vai estruturando sua vida, sua relação com o trabalho e com os colegas. Esses saberes têm origens diversas e não decorrem diretamente da ciência, embora a base científica seja imprescindível. Tais saberes constituem-se num conhecimento em ação, que fundamenta e proporciona relativa segurança para a ação profissional (CESTARI, 2003).

Os saberes profissionais, conforme Cestari (2003), são o conjunto de conhecimentos (teóricos e práticos) e competências (habilidades, capacidades e atitudes) que estruturam a

prática e garantem uma boa atuação. Afirmar a origem desses saberes significa, de alguma maneira, estabelecer formas de agrupá-los.

Neste contexto, a enfermagem, como uma disciplina que ainda está delimitando suas fronteiras, tem necessidade de definir seu campo de abrangência, o que implica em conhecer suas formas próprias de conhecer, produzir e validar o conhecimento, embora enfrentando diversidades regionais, culturais e institucionais, o que se torna um desafio importante. O modo como é desenvolvido e a natureza do conhecimento são condicionados pela história, pelos valores dominantes e recursos disponíveis. Desta maneira, a partir de uma perspectiva histórica, é possível compreender como foram desenvolvidos os conhecimentos profissionais do enfermeiro.

Cestari (2003), reconstruindo a história da enfermagem, mostra-nos que na segunda metade do século XIX, Florence Nightingale apresentou proposições que podem ser consideradas como uma teoria. Até a segunda metade do século XX, a prática baseada em regras, tradições e princípios era a base do saber da enfermagem, saber esse obtido através de longos períodos de trabalho nos hospitais. Não era articulado e nem comunicado de forma sistemática.

Segundo Santos (2005) no hospital, os enfermeiros assumem muitas atribuições e absorvem um complexo conhecimento no trabalho. Refere, também, que é preciso fazer a seguinte observação: o conhecimento é relacionado à ação, na medida em que tem algum objetivo; o conhecimento diz respeito ao significado relacional e específico ao contexto.

A complexidade do conhecimento da enfermagem reflete-se nas tarefas, nas quais há acumulação de dados, o uso de informações e a aplicação do conhecimento à prática. Assim, para que possam desempenhar efetivamente seu papel, os enfermeiros se apóiam no ambiente

da prática para interpretar os eventos. Por isso, os conhecimentos de enfermagem relacionam-se essencialmente com as ações de enfermagem.

O conhecimento em enfermagem é criado pelos enfermeiros e depende do contexto organizacional em que estão inseridos. Entretanto, temos observado uma lacuna entre teoria e prática clínica. Segundo Santos (2005), a natureza dessa lacuna tem sido uma grande preocupação para os enfermeiros assistenciais, pesquisadores e profissionais engajados em educação e desenvolvimento de pessoas. Ainda, coloca que a questão é descobrir em que nível a prática reflete a teoria e como se apresentam os problemas associados à disfunção da relação teoria-prática.

Para Santos (2005), os enfermeiros trazem consigo um vasto conhecimento formal e vão, ao longo da vivência, acrescentando mais conhecimentos, a partir de suas próprias experiências, de forma que o conhecimento tácito e o explícito não são totalmente separados, mas mutuamente complementares. Nesta integração teoria e prática, a teoria deve estar voltada para a prática, enquanto a prática tem a função de testar a teoria. Em tese, podemos evidenciar, no dia-a-dia da prática de enfermagem, a complexidade de conhecimentos que envolvem as ações, observando que seus profissionais podem saber muito mais do que são capazes de dizer ou registrar.

Santos (2005) refere, ainda, que a distinção entre conhecimento tácito e explícito, com base na dimensão epistemológica, já vem sendo estudada por Michael Polanyi desde a década de 1960. O autor esclarece que:

O conhecimento pessoal específico ao contexto e, assim difícil de ser formulado e comunicado, é aquele conhecimento que as pessoas possuem mas não está escrito em nenhum lugar, residindo apenas nas suas cabeças. Já o conhecimento explícito, transmitido em linguagem formal e sistemática é aquele que está registrado de alguma forma e disponível para as demais pessoas (SANTOS, 2005, p. 02).

Para Santos, o conhecimento em enfermagem é “um conjunto constituído por experiências, valores, informações contextuais e avaliação de novas experiências e informações” (2005, p. 2). Nessa perspectiva, é visto como inseparável nas pessoas. O mesmo é apreendido pelos enfermeiros de diversas maneiras: por comparação, experimentação, por associação com outros conhecimentos e por intermédio de outros profissionais da área da saúde.

Waldow (1998) relata que foi Barbara Carper, em 1978, quem descreveu, baseada em sua tese de doutorado, quatro padrões de conhecimento que as enfermeiras têm valorizado e utilizado na prática: o ético (componente do conhecimento moral da enfermagem), o estético (a arte da enfermagem), o pessoal da enfermagem e o empírico (a ciência da enfermagem). É importante ressaltar que, embora descritos separadamente, os quatro padrões de conhecimento ocorrem de modo inter-relacionado e emergem da totalidade da experiência, sendo cada um igualmente necessário, e contribui como um componente essencial para a prática de enfermagem.

Segundo Carper, apud Waldow, o conhecimento empírico “é entendido como a ciência da enfermagem; compõe as atividades resultantes do pensamento da ciência tradicional, e o desenvolvimento do conhecimento empírico é feito através de métodos científicos de testes de hipóteses” (1998, p. 57). Esse conhecimento caracteriza-se por ser sistematicamente organizado em leis gerais e teóricas, cujo propósito é o de descrever, explicar e prever fenômenos de interesse especial.

Para Waldow (1998), conhecimento ético significa o componente do conhecimento moral da enfermagem, envolve julgamentos éticos e frequentemente implica em confrontar valores, normas, interesses ou princípios. Carper, apud Waldow, refere que o conhecimento ético “é considerado conhecimento moral, vai além de simplesmente conhecer as normas ou

códigos de ética da profissão, ao contrário, inclui todas as ações voluntárias que são deliberadas e sujeitas a julgamento” (1998, p. 58).

Já Cestari entende que o padrão estético “corresponde à arte da enfermagem que é subjetiva, e se torna visível na ação de cuidar. A forma como o conhecimento, o julgamento e a habilidade são utilizadas na área clínica é o fenômeno que, geralmente é denominado de arte da enfermagem” (2003, p. 37). Desta forma, acrescenta que estudiosos da enfermagem em seus trabalhos identificam cinco concepções de arte: compreender o significado no encontro com o paciente; estabelecer conexão significativa com o paciente; realizar uma atividade de enfermagem engenhosa; determinar um curso apropriado para a ação de enfermagem e adotar uma conduta ética na prática de enfermagem.

O padrão pessoal conforme Cestari “relaciona-se com o conhecimento, o entendimento do eu individual, concreto. É o conhecimento de si mesmo que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro” (2003, p. 37). Neste caso, implica a aceitação do cliente como sujeito de sua liberdade. Reconhece que todo ser humano é singular, não podendo, portanto, ser enquadrado dentro de categorias rígidas.

Podemos então afirmar, apoiados nas colocações dos autores anteriormente citados, que os saberes constituem um conjunto de elementos elaborados e incluídos na bagagem intelectual do indivíduo e grupos, derivados de sua observação, experiência e dos estudos. Em situação de trabalho, o enfermeiro toma decisões a partir dos saberes internalizados, construindo seus esquemas de ação, resultantes daquilo que há de comum nas diversas ações.

A seguir serão abordados aspectos referentes à formação acadêmica do enfermeiro, especialmente na perspectiva da legislação, que fundamenta os cursos de graduação em enfermagem no Brasil.

3.3 A Educação e o Processo Formativo do Enfermeiro

Para fundamentar a reflexão deste tópico trazemos as idéias de Freire (1980) que percebe a educação como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta. E, quando a ela se refere, nos diz que devemos pôr em prática uma educação pelo trabalho, que estimule a colaboração e não a competição. Uma educação que valorize a ajuda mútua, que desenvolva o espírito crítico e a criatividade, deixando de lado o individualismo e a passividade.

Freire considera relevante a reflexão acerca de nosso fazer, na medida em que, “a partir da ação-reflexão-ação poderá surgir uma nova práxis, em que o indivíduo, através da conscientização, poderá promover mudanças em si, em sua prática” (1980, p. 40), pois a conscientização deve ser “o primeiro objetivo de toda a educação: antes de tudo provocar uma atitude crítica, de reflexão, que comprometa a ação”.

A reflexão é constitutiva do homem face à realidade, reafirma Freire (1980). O homem interage, modifica e é modificado, na realidade, na medida em que ela é objeto de seus conhecimentos e ações. Assume a postura de um sujeito cognoscente de um objeto cognoscível. Por isso, o estímulo e o desenvolvimento da consciência reflexiva permitem que o educando melhore sistematicamente a sua visão e as suas ações na própria realidade.

Trata-se aqui do ensino universitário, pensando a universidade moderna, com sua visão voltada ao ensino, pesquisa e extensão. Não há universidade sem a prática permanente dessas três funções integradas entre si. No Brasil, a própria Constituição da República Federativa (1998) determina em seu Artigo 207 que as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa, entre outras, porém obedecendo ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. A universidade, desta forma, insere-se no contexto, como espaço de socialização e profissionalização.

Com a velocidade com que se produzem e disponibilizam conhecimentos e tecnologias no mundo atual, é importante pensar o processo de formação profissional do enfermeiro, cujos conhecimentos, habilidades, competências e atitudes exigidas modificam-se rapidamente e assim, perde-se a força na ênfase da transmissão. Não se concebe mais uma forma de ensino isolada, única e totalitária. É necessário que se pense na formação como um processo dinâmico e integrado com os diversos campos do saber.

A ordem de um mundo globalizado, com exigências tecnológicas e sociais cada vez mais evidentes, leva as escolas a buscar caminhos que guiem suas ações para a formação de profissionais. São requeridas aptidões, conhecimentos, sentimentos, atitudes e valores, capazes de sustentar a inserção profissional nessa dinâmica.

Constitui-se, então, como um dos objetivos fundamentais de aprendizagem dos cursos de graduação, o de aprender a aprender. Isto envolve o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações disponibilizadas em livros, bases de dados, entre outros. Ainda utilizando fontes pessoais de informação, incluindo a informação advinda da própria experiência profissional (DELORS, 1999).

Ainda conforme Delors (1999), o aprender fazendo pressupõe a inversão da seqüência clássica teoria/prática na produção do conhecimento e assume que ela ocorre de maneira dinâmica, através da ação-reflexão-ação. Assume, também, que deste modo o processo ensino-aprendizagem está extremamente vinculado aos cenários reais de prática e baseados nos problemas da vida real. No caso da enfermagem, acredita-se que as atividades práticas estejam presentes ao longo de toda a formação e sejam ativadoras do processo de busca/construção do conhecimento.

Nesse contexto, o ensino das profissões de saúde passou por profundas mudanças nas últimas décadas. O paradigma flexneriano, já descrito anteriormente, que foi vital ao ensino

médico e às demais áreas da saúde que acompanhavam o seu desenvolvimento, mostrou sinais de esgotamento, exigindo a construção de novos modelos de formação dos profissionais em saúde.

O ensino das profissões de saúde, em função das exigências tecnológicas e sociais cada vez mais evidentes, demonstram a necessidade de profissionais qualificados para atuar no campo de trabalho. Desta forma, os cursos de enfermagem buscam reunir em seus currículos, disciplinas que supram as necessidades almejadas pelos sistemas de saúde, dentro das exigências do Ministério da Educação (BARBOSA et al., 2003).

Portanto, pensar a formação do profissional de saúde conforme Barbosa et al,

remete a uma análise crítica da trajetória e das correlações históricas entre o modelo de desenvolvimento adotado, as demandas sociais e as pressões do mercado sobre os profissionais que são formados pela academia. No Brasil está evidente, no setor saúde, um quadro de repensar o contexto político e sócio-econômico, o conhecimento científico e tecnológico, bem como o desenvolvimento do processo educativo de formação profissional (2003, p. 574).

Ainda, conforme o autor, o ensino de enfermagem no Brasil teve como referencial a enfermagem americana, que, inicialmente, dava ênfase a um ensino com pouco conteúdo teórico e enfocava a repetição de tarefas, sem a esperada compreensão dos fenômenos. Esse quadro fez com que fosse criado o “Standart Curriculum” (currículo padrão), baseado numa instrução teórica. Tal currículo foi proposto pela primeira vez em 1917, foi revisto em 1927 e em 1937, sendo que, nesta última revisão, foi ressaltado o ensino clínico como essencial. Em 1962, foi determinado o currículo mínimo, pelo Conselho Federal de Educação – Parecer nº 271/62 e com essa proposta esperava-se corrigir a fragmentação e lacunas dos conteúdos, principalmente, quanto à fundamentação clínica e à saúde pública.

Segundo Backes (2000) em função da Reforma Universitária e revisão dos currículos mínimos para os cursos superiores, o currículo da enfermagem é modificado e vigorou de

1972 até 1994. Com esse currículo, houve a determinação que as atividades práticas estivessem alicerçadas em uma forte fundamentação científica. Nesse período, também com o desenvolvimento das teorias de enfermagem, houve um processo de intelectualização, o surgimento dos cursos de graduação, dos primeiros cursos de mestrado e doutorado. A Associação Brasileira de enfermagem, na gestão desse processo, foi clara ao colocar a sua responsabilidade, enquanto articuladora e mediadora na promoção de estratégias que provavelmente promovessem o impulso ao movimento de mudanças nos serviços de saúde, nas escolas e seus processos pedagógicos e, conseqüentemente no ensino de enfermagem no país.

Desta forma, pode-se observar que o ensino de enfermagem acompanhou um processo histórico até a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996), a qual, no artigo 53, inciso II, adota Diretrizes Curriculares, ao invés de currículo mínimo. Possibilitou, dessa forma, a flexibilização na organização e operacionalização do currículo pleno de graduação, assim como, permitiu às instituições de ensino superior a proposição do seu próprio projeto pedagógico, de acordo com a sua realidade.

Nesse sentido, as diretrizes curriculares podem contribuir para superação da condição de instrumento normativo, característico das antigas grades curriculares. Assume então a dimensão de orientação para a implantação de eixos estruturantes da formação, que se articulem com as demandas sociais, com serviços de qualidade. Passa, necessariamente, pela articulação entre o projeto político em saúde e o projeto pedagógico, para a formação dos recursos humanos que nela atuam. Com essas transformações, ressalta-se que esse novo profissional não pode mais ter sua formação alicerçada somente no modelo biomédico, mas também nos fundamentos da saúde pública/saúde coletiva e na perspectiva do trabalho multiprofissional, rompendo com uma formação fragmentada e voltada principalmente à doença.

Segundo Rodrigues (2005), o Conselho Nacional de Educação em 2001 aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Enfermagem, definindo os princípios fundamentais, condições e procedimentos da formação do enfermeiro. Estabelece o perfil do formando em bases generalistas, humanistas, críticas e reflexivas, bem como estabelece as habilidades e competências gerais relativas à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. São determinados, ainda, os conteúdos essenciais a formação, tendo em vista as necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS (Sistema Único de Saúde), garantindo a integralidade das ações de cuidar em enfermagem.

Essas diretrizes estimularam as instituições de ensino superior em enfermagem a superar as práticas derivadas da rigidez dos currículos mínimos, com carga horária elevada e excesso de disciplinas com pré-requisitos e, também, a superar os cursos estruturados na visão profissional corporativa, nas perspectivas de atentarem para o contexto histórico do conhecimento e atendimento às demandas da sociedade.

Conforme Meyer e Krause (2003), são propostas referências para a formação profissional, as sustentadas no atual sistema de saúde do país, caracterizado pelos princípios da universalidade, equidade e equanimidade. Evidencia a necessidade de formação de enfermeiros, que contribuam para a implementação e ou aprimoramento da proposta de assistência à saúde.

Faustino et al (2003) reforçam que a enfermagem depara-se com um cenário político e de saúde favorável às mudanças em todos os níveis de formação profissional. A implementação das diretrizes curriculares, como estratégias para a mudança na graduação, visa formar profissionais voltados para as necessidades de saúde da população e de

fortalecimento do SUS. Para os autores, esse tem sido, um dos itens propostos para a interlocução do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação.

Meyer e Krause (2003) alertam para a necessidade de problematizar os diversos conceitos presentes no texto das diretrizes curriculares, como competência, habilidade, interdisciplinaridade e flexibilidade, cuja utilização acrítica pode resultar em reiteração do modelo educacional vigente. Para as autoras, as escolas têm um grande desafio de utilizar as diretrizes como estratégia estimuladora de discussões para subsidiar a construção de projetos político-pedagógicos que aproximem a formação de enfermagem das necessidades locais de saúde. Desta forma, estarão favorecendo a consolidação do SUS, fundamentada em um conceito ampliado de saúde e justiça.

Faustino et al. (2003) defendem a idéia de que a referência para a formação é a prática, é o que é ideal para o trabalho; algo que se cria em um projeto com os outros. Acreditam que as contribuições de todas as instâncias da sociedade devem ser consideradas, sejam do mundo do trabalho, da pedagogia, da filosofia, da economia, de modo a contribuir para a construção de novos referenciais pedagógicos e profissionais para a enfermagem.

Para Ide (2001), ainda paira dentro do ensino de hoje uma concepção que é centrada na onipotência docente que, conforme as teorias tradicionais, ocupa o espaço das deliberações e o poder de imprimir a direção do processo de ensino. Lembra que os profissionais de enfermagem que ensinam, continuam mantendo uma postura que muitas vezes não permite um avanço dentro do processo de formação, pois suas práticas docentes ainda são carregadas de certezas e detenção do poder, através do saber. A autora ainda coloca que a grande possibilidade para a formação do enfermeiro deveria romper com o modelo atual, com um novo projeto de formação que transforme a história dos enfermeiros neste país, sendo um momento privilegiado para a profissão no qual todo seu projeto de futuro pode ser esboçado.

Vilela e Mendes (2002) consideram a saúde uma área eminentemente interdisciplinar, entendida como superação de toda e qualquer visão fragmentada que ainda mantemos de nós mesmos, do mundo e da realidade. Do mesmo modo, a importância da interdisciplinaridade no âmbito dos cursos que preparam recursos humanos para atuar nesse campo, o que, certamente levará à formação de profissionais mais comprometidos com a realidade da saúde e sua transformação.

Destacam-se os posicionamentos de Faria e Casa Grande, quando afirmam que

a atuação de docentes na enfermagem, numa perspectiva crítico-reflexiva, vem mobilizando algumas instituições de ensino. O propósito é construir um modelo curricular, com um processo de formação articulado com o mundo do trabalho, que rompa com a dicotomia teoria e prática, com o uso de estratégias inovadoras, com ensino contextualizado, proporcionando aprendizagem significativa e um profissional mais crítico e comprometido com as questões profissionais e sociais (2004, p. 8).

Porém, ainda se percebe, na formação em enfermagem, resquícios dos paradigmas conservadores que serão discutidos logo a seguir.

3.4 A Problemática da Formação Profissional: o foco na racionalidade técnica

Os paradigmas educacionais conservadores têm como foco essencial a reprodução do conhecimento. As investigações sobre as práticas pedagógicas propostas ao longo da história da educação apresentam como conservadoras as abordagens tradicional e tecnicista, dentre outras.

De acordo com Behrens apud Silva, Raymundo e Behrens (2002) a abordagem tecnicista, nos paradigmas conservadores da educação, surgiu nos anos setenta e propôs uma pedagogia embasada na racionalidade instrumental, na eficiência e eficácia da produtividade. Seu foco não é o sujeito e sim o objeto, provocando a fragmentação do conhecimento entre corpo e mente, ser e ter e razão e emoção. Também coloca que:

a forte interferência do positivismo e a cisão entre o sujeito e o objeto provocam uma educação fragmentada e mecanicista. Ao separar corpo e mente, a ciência transfere para a educação e, por consequência, para o ensino um sistema fechado, compartimentalizado e dividido. A ênfase da prática educativa recai na técnica pela técnica. Busca lançar mão de manuais para organizar o processo ensino-aprendizagem (BEHRENS apud SILVA, RAYMUNDO e BEHRENS, 2002, p. 6).

Assim, vivemos reflexos do mundo moderno, de certeza e ordem, que tem sido substituído por uma cultura de incertezas e indeterminação. Outra característica da época chamada científica é o predomínio do pensamento racional, em que o conhecimento científico era, e ainda é, para muitos, a única espécie de conhecimento aceitável. Descartes solidifica a crença da certeza do conhecimento científico, privilegiando a mente em relação à matéria, caracterizando o dualismo corpo-mente (WALDOW, 1998).

Freire (1980), sobre essa abordagem, comenta que as pessoas não aprendem sozinhas, mas na inter-relação com outras pessoas. No entanto, a forma de ensino tradicional, baseada na reprodução de informações, não possui métodos para trabalhar o conhecimento que não seja objetivo, sistemático e apresentado discursivamente. Por outro lado, foi aprendendo que homens e mulheres descobriram que é possível ensinar e, ao longo de sua história, os seres humanos têm aprendido não só conhecimentos objetivos, mas valores, condutas, modos de ser.

Ainda coloca Freire (1980), que a diversificação do conhecimento técnico, que ocorreu paralelamente a divisão do trabalho, implicou na necessidade de diferenciar os conhecimentos dos componentes do grupo. Atualmente, o exercício de um grande número de profissões exige formação acadêmica, sendo este conhecimento profissional transmitido e legitimado pela universidade.

Chalmers (1993) refere que a concepção positivista de ciência é derivada da visão de método científico formulada por Francis Bacon no início do século XVII, segundo a qual o

objetivo da ciência é melhorar a vida do homem na terra, o que seria alcançado pela coleta de fatos com observação organizada e a partir deles, derivar teorias. Foram Francis Bacon e empíricos ingleses do século XVIII e XIX os antecedentes do paradigma positivista do qual derivou a concepção epistemológica prevalente durante todo o século XX, centrada na racionalidade técnica, segundo a qual, para resolver qualquer tipo de problema que a prática coloca, basta dominar e aplicar teorias e técnicas científicas.

Segundo Carr e Kemmis (1988), Augusto Comte introduziu o termo filosofia positivista. Para os autores, ao eleger a palavra positivo, Comte tentava dizer que nenhuma experiência apreendida por via não sensorial poderia servir de base a um conhecimento válido. Desta forma, o desejo de liberar o pensamento das certezas, associado à fé otimista no poder do conhecimento positivo para resolver os grandes problemas práticos, propiciou o atrativo ao positivismo.

Dessa epistemologia positivista, derivou a racionalidade instrumental ou técnica, que compromete a formação, em especial na área da saúde, a qual não pode ser fragmentada e simplificada durante a formação profissional. Com demasiada frequência, enfatiza-se o conteúdo como fim em si mesmo, abreviando qualquer relação com o contexto de produção do conhecimento. Essa realidade separa os futuros profissionais de onde tem sido produzido o conhecimento e onde o mesmo adquire significado. Nesse sentido, Péres Gomes refere que:

para serem eficazes, os profissionais devem enfrentar os problemas concretos que encontram em sua prática aplicando princípios gerais e conhecimentos científicos derivados da investigação. Ao reduzir a racionalidade prática a uma mera racionalidade instrumental, o profissional deve aceitar as situações como dadas. Assim colocada a racionalidade instrumental ou técnica, é fácil estabelecer, em teoria os papéis e competências que o profissional deve desenvolver e, em consequência, a natureza, o conteúdo e a estrutura dos programas educativos que devem lhe conferir a preparação adequada (1998, p. 354).

O mesmo autor ainda alerta que, em relação à problemática da racionalidade técnica, há o afastamento entre a pesquisa acadêmica e o mundo da prática, com a convicção de que

somente a investigação acadêmica contribui para o desenvolvimento de conhecimentos profissionais úteis, o que torna cada vez mais evidente o afastamento entre tal investigação e a prática cotidiana.

Com esta reflexão, pensamos que a formação acadêmica deve proporcionar vivências, ou seja, problematizar o contexto para vivenciá-lo integralmente; logo, um ensino contextualizado pode oportunizar o crescimento e a superação de limites. Conforme Freire, “o homem compreende a realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu eu e suas circunstâncias” (2003, p.30).

Portanto, em educação, constata-se que a racionalidade técnica se trata de uma concepção epistemológica da prática, herdada do positivismo e, segundo a qual, a atividade profissional é, sobretudo, instrumental, dirigida para a solução de problemas mediante a aplicação rigorosa de teorias e técnicas científicas. O crescimento e desenvolvimento do conhecimento ocorrem como resultado de um paradigma que estabelece guias de investigação, constituindo-se de valores e compromissos compartilhados entre um grupo profissional (GOMES, 1992).

Constatamos, na literatura, muitas críticas aos modelos de formação profissional, centrados na racionalidade técnica, à medida que se amplia a crença de que os problemas práticos não podem ser reduzidos aos limites da visão meramente instrumental. Assim, se aponta a necessidade de superar a visão simplista de que a solução de problemas reais complexos reside na aplicação de soluções prontas e padronizadas.

Schön (2000), também entende que a racionalidade técnica é a perspectiva do conhecimento profissional, que tem configurado mais marcadamente o pensamento acerca das profissões e da formação universitária. Também afirma que, em vários países, há o

questionamento se é possível a formação profissional de qualidade, ou seja, assentada na realidade, no mundo do trabalho, onde universidades ainda são dominadas por culturas disciplinares.

Mas, a visão de homem como máquina, fruto da visão moderna, passa a ser questionada; surge a nova visão, para que o homem construa seus novos tempos. Como coloca Casagrande e Gomes (2002), conhecer novos paradigmas e perceber seus múltiplos reflexos nas formas de organização da sociedade humana é o desafio que se apresenta, visto que, ao lado do desenvolvimento tecnológico, criado pelo paradigma positivista, aparece o afastamento do ser humano.

Os desafios que se apresentam no contexto da educação em saúde perpassam pela possibilidade de formação de profissionais reflexivos, críticos, aptos a integrar diferentes contextos profissionais, participando do desenvolvimento social. Parece ser necessário um processo de discernimento, visando oferecer os referenciais mais importantes para educadores e educandos viverem a crise do mundo, de modo que a educação não seja entregue aos modismos, nem, tampouco, seja submetida aos ditames da tradição, já incompatíveis com a realidade.

Quando se fala em educar pessoas para conviver na cultura global, é importante que se compreenda o processo não como a educação para o conformismo, mas voltada à liberdade e à autonomia. Surge no cenário educacional, uma nova cultura, denominada, cultura reflexiva, que representa a criação de uma nova postura em face às situações educativas, quando as práticas tradicionais dos professores não respondem aos problemas presentes (CASAGRANDE e GOMES, 2002).

A cultura reflexiva remete-nos aos pressupostos defendidos por Freire (1996), em sua obra "*Pedagogia da Autonomia*", na qual traz como temática central a questão da formação

docente ao lado da reflexão sobre a prática educativo-progressista, em favor da autonomia dos educandos. Também, outro autor que teve influência no processo de difusão do conceito de reflexão, foi Donald Schön, o qual, tem firmado seu pensamento e preocupações na formação profissional, nas organizações e na eficácia profissional.

Schön segue uma linha de raciocínio centrada no saber profissional, tomando como ponto de partida a “reflexão-na-ação”. Considera que o “conhecimento-na-ação” pode ser compreendido, também, como conhecimento técnico ou solução de problemas, ou seja é o componente inteligente que orienta toda a atividade humana e manifesta-se no “saber fazer” (2000, p. 33).

No cotidiano profissional, freqüentemente pensamos no que vamos fazer, ao mesmo tempo em que o fazemos. Para Schön (2000), esse é um componente que representa a “reflexão-na-ação”, ou seja, o processo de diálogo com a situação problemática que exige uma intervenção concreta. O autor considera, ainda, que esse processo só se desencadeia quando não encontramos respostas às situações inesperadas que emergem da ação presente e, então, posicionamo-nos criticamente perante o problema e questionamos as estruturas de suposição do “conhecimento-na-ação” (SCHÖN, 2000, p. 33).

Portanto, para preparar um profissional de enfermagem dotado de capacidades para atuar em uma sociedade em constante movimento, são necessárias alterações no sistema de formação, alterações que passam pela reestruturação dos currículos, pela modernização dos métodos de ensino e pela configuração dos sistemas de controle no processo de formação (ALBERTINO e SOUZA, 2003).

Os cursos de formação profissional, de modo geral, e os da área da saúde, aos quais lança-se o olhar, propõem o pensamento direcionado aos rumos da formação profissional no século atual, haja vista que o ensino tradicional nessa área, apesar dos esforços, ainda sofre

resquícios da racionalidade técnica, tão contestada nos dias atuais. A seguir, apresenta-se, para reflexão, aspectos relacionados à racionalidade técnica no contexto da educação do enfermeiro.

3.5 A Racionalidade Técnica e a Formação do Enfermeiro

Moreira, ao fazer referência à história da formação profissional do enfermeiro, afirma que

após a II grande guerra mundial, voltou-se para o avanço científico e tecnológico na área da saúde, de modo especial da medicina. Sofisticados métodos de diagnóstico e tratamento de doenças foram desenvolvidos. Esse processo repercutiu sobre a enfermagem, que também voltou suas ações para o denominado “modelo biomédico”, tecnicista e distanciado da instância humana (2005, p. 38-39).

A formação acadêmica, em qualquer área do conhecimento, é um processo de construção, envolvendo o indivíduo, a estrutura universitária, o método e o contexto social no qual está inserido. Na formação dos enfermeiros, parece estar presente o discurso de formação de profissionais críticos, politizados, criativos, com competência para a concepção e execução da assistência a ser prestada aos pacientes. Porém, sabemos que o comportamento tecnicista pode ser assumido pelo enfermeiro como resultante de um processo histórico da sua formação, muito embora as reflexões e as proposições dos cursos de graduação tenham buscado mostrar outros caminhos.

Segundo Backes (2000), houve um período da história com uma distinção muito presente entre teoria e prática na profissão da enfermagem. O conhecimento teórico pertencia à burguesia e a prática era somente o fazer e destinava-se à plebe. Mas, com o passar do tempo, na época do renascimento, o homem passa, segundo a autora, de um ser teórico para um sujeito ativo, criador do mundo. É o momento em que se reivindica a dignidade humana não só pela contemplação, como também pela ação.

Waldow (1998), por sua vez, coloca que, na cultura acadêmica ocidental, os processos de conhecimentos têm se caracterizado por serem estruturados, formalizados e sistematizados. Na enfermagem existe uma apropriação de conhecimentos de outras áreas, utilizados de forma a produzir conhecimento estruturado e constituindo o que se conhece por um corpo de conhecimentos. Os conhecimentos produzidos na enfermagem constituem e desenvolvem a profissão e, no campo da prática, as enfermeiras podem desenvolver o conhecimento da experiência.

Considera Waldow (1998), a formação inicial co-responsável pela construção da postura muitas vezes acrítica do enfermeiro, que reproduz o modelo de obediência e submissão, viabilizado pela pedagogia tradicional, que procura difundir conhecimentos e valores idealizados, desvinculados da realidade prática.

Portanto, em saúde, levando-se em consideração o contexto, devemos pensar numa educação para a complexidade, para a religação dos saberes. Os saberes e as experiências devem ser compartilhados de maneira que não exista o domínio de nenhuma disciplina sobre as outras, para, assim, proporcionar o cuidado adequado, segundo as necessidades dos clientes, respeitando e aceitando as diferenças dos outros (MORIN, 2006).

A realidade da enfermagem, perpassada por essa complexidade, faz com que os profissionais reflitam, além da sua formação acadêmica, na sua concepção de realidade e, de certo modo, em seu compromisso social. A complexidade, neste caso, refere-se ao contexto, às relações que se estabelecem nas situações de cuidado, tendo em vista que a prática da enfermagem emerge das mais diversas relações. Sendo assim, o cuidado de enfermagem prestado a um cliente, inserido em um contexto, é complexo; envolve muitas relações e em seu exercício o domínio de um determinado número de habilidades e conhecimentos.

Aprender neste contexto significa ir além, desmistificar conceitos, conviver com o novo, fazer muitos questionamentos. Acreditam as autoras que, para formar enfermeiros é necessário que teoria e prática mantenham diálogo no processo formativo, a fim de trazer o discente mais próximo possível da realidade vivenciada profissionalmente. Os currículos de enfermagem podem trabalhar esta relação teoria-prática através de estágios supervisionados na comunidade e em instituições de saúde, proporcionando aos discentes oportunidades reais de formação (ALBERTINO e SOUZA, 2003).

Desta forma, se destaca a importância da realização de estudos na compreensão da forma como se dá a formação inicial do enfermeiro, no sentido de que o enfermeiro sempre se depara com situações complexas, incertas e conflitantes em suas atividades de trabalho. Portanto, a enfermagem necessita romper com modelos rígidos e práticas tradicionais, buscar refletir a formação profissional na perspectiva de crescimento.

3.6 A Complexidade e a Interdisciplinaridade na Formação do Enfermeiro

As transformações que vêm ocorrendo na sociedade, refletem-se significativamente no campo da saúde; com elas apresentam-se novos desafios aos pesquisadores e profissionais da área, tanto nos campos epistemológicos como metodológicos. Para Vilela e Mendes (2002), este setor é chamado a responder a uma pluralidade de necessidades e especificidades, às mudanças demográficas, às condições sociais, às mudanças epidemiológicas, centrando-se no ser humano, individual ou coletivo.

O intenso crescimento científico e tecnológico, a excessiva especialização do conhecimento, a fragmentação característica do pensamento em geral e das disciplinas acadêmicas, deixaram ao campo da saúde a herança de visões e práticas científicas reducionistas, que limitam a compreensão dos profissionais da saúde sobre o complexo fenômeno da doença (VILELA e MENDES, 2002).

A visão habitual disciplinar, corporativa e unidimensional, que temos adotado em saúde, tende a deformar nossa visão, o que leva a separar os problemas de saúde do seu contexto, simplificando-os para tentar resolvê-los. Na verdade, convivemos com a necessidade de diferentes abordagens para entender a realidade e enfrentar os problemas, buscando múltiplas teorias para explicá-los. Acreditamos que a saúde é um processo dinâmico e complexo, cuja compreensão aponta reflexões interdisciplinares para uma concepção de enfermagem (VILELA e MENDES, 2002).

Para Alarcão e Rua, o conceito de disciplina pressupõe “um domínio especializado do conhecimento com o seu próprio objeto de estudo, a sua metodologia, as suas leis”. As autoras entendem disciplinaridade como “um termo derivado de disciplina; remete, entre outros, para a exploração e construção científica da disciplina de domínio específico e homogêneo” (2005, p. 374).

Por sua vez, o pensamento complexo traz consigo uma nova maneira de conceber a realidade e a ação humana, bem como, de compreender a condição humana sob diferentes perspectivas. O *complexus* é descrito por Morin como “aquilo que é tecido em conjunto” (2001, p. 35), lembrando que na vida tudo tem a ver com tudo. Tem seus méritos quando denuncia a metafísica da ordem, reúne e interliga o que está separado, situa o conhecimento no contexto e na globalidade. Propõe superação à redução, à abstração e à disjunção, princípios simplificadores oriundos de outras correntes de pensamento.

Vilela e Mendes (2002), defendem que, ao tratarmos da saúde, quando pensamos na interdisciplinaridade, estamos considerando o tempo, o espaço e o contexto (social, ético, político, econômico, entre outros) que constituem o real, num movimento complexo. Desta forma, admitem que a realidade é complexa e que esta complexidade só pode ser abordada numa visão interdisciplinar. Além disso, a interdisciplinaridade sempre se mostrará como

contraposição ao crescente processo de fragmentação do saber; enfim, contra a separação crescente entre a academia com seus saberes compartimentalizados e a sociedade concreta.

Conforme as concepção de Morin (2001) e as afirmações Vilela e Mendes (2002), pode-se inferir que, ao tratarmos mais especificamente da saúde com enfoque nas ações de enfermagem, não podemos nos afastar da noção de interdisciplinaridade e complexidade, já que as ações envolvem mudanças. As intervenções abordam muitas dimensões da vida social e podem apresentar muitos resultados.

Nessa discussão, corrobora-se com Vilela e Mendes (2002), quando colocam que não importa como ocorre o intercâmbio entre uma ou mais disciplinas, que pode ser da simples comunicação de idéias até a integração. A interdisciplinaridade sempre se mostrará contra o crescente processo de especialização que resultou em um efeito negativo quando da perda do entendimento da totalidade do homem com ênfase no seu funcionamento biológico, desconsiderando-o como determinante e determinado pelas relações afetivas e experiências de vida em sociedade.

Desta forma, um pensar interdisciplinar que permita ações transformadoras parece fundamental às questões da formação do profissional de saúde. Além, do reconhecimento da realidade sócio-cultural e institucional, que permeia as relações humanas, pode possibilitar um pensamento crítico, ético e comprometido com o coletivo.

O próprio movimento de elaboração de propostas de Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação trouxe a oportunidade de ruptura do modelo de formação dos profissionais, possibilitando a abertura para a inovação na formação, observando aspectos da realidade. No caso da enfermagem, pode proporcionar a formação adequada às rápidas mudanças do mundo moderno, de profissionais aptos a aprender e comprometidos com o enfrentamento dos graves e complexos problemas de nossa sociedade e não somente com o mercado de trabalho. Nesta linha de pensamento, de que a promoção e o atendimento às

necessidades de cuidado da população extrapolam o contexto da saúde, há, pela frente, desafios e reformas do pensamento, considerando a complexidade e a responsabilidade da formação e atuação dos profissionais da área.

Refletir sobre o ensino e a formação em enfermagem, por meio da complexidade de Morin (2003), é percebê-los enquanto instâncias que permitem ao futuro profissional compreender a condição humana, pensar de forma contextualizada, aberta, globalizada, ética, dialógica, recursiva, hologramática, desenvolvendo a solidariedade, religando os saberes e tendo como alvo o cuidado humano. Delors (1999) faz referência à importância de desenvolver o sentimento de solidariedade no processo de formação. Também incentiva a luta por uma sociedade mais justa, solidária e, acima de tudo, acredita no poder transformador da educação.

Os reflexos das transformações baseadas no pensamento complexo mostram a evolução de uma prática de enfermagem unicamente técnico-científica, isto é, a capacidade do profissional de executar suas atribuições baseadas em conhecimentos científicos, para um panorama de valorização do homem e de sua formação cultural. Para o enfermeiro, o conhecimento da área biológica e o conhecimento das ciências sociais são atributos para a obtenção desse perfil.

Nessa perspectiva, conclui-se, enfatizando a proposição de Berardinelli e Santos (2005), que os projetos pedagógicos dos cursos de enfermagem devam ser fundamentados em princípios que proporcionem ao estudante ser o sujeito do seu processo ensino-aprendizagem, capaz de aprender a aprender, de buscar informações para resolver os problemas que surgem. Os autores defendem que a apropriação da realidade só se dá por meio da experiência prática e a articulação teoria/prática, bem como a diversificação de cenários de aprendizagem, estimulando-se as metodologias participativas, integrando pesquisa e ensino, rompendo com a rigidez do ensino tradicional.

CAPÍTULO IV - PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE RELAÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DA SAE NA PRÁTICA HOSPITALAR

Neste capítulo, faz-se a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa, organizados em torno de categorias mais significativas emergidas na análise.

Nos procedimentos metodológicos, com exploração do material empírico, foram construídas as categorias analíticas, mediante agrupamentos e recortes procedidos nos materiais empíricos, ante o interesse de buscar respostas à questão de pesquisa. As categorias temáticas são:

- Os Saberes Envolvidos no Exercício da SAE em Contexto Hospitalar:

Esta categoria reflete o desafio na construção e organização do conhecimento, sobre o qual é direcionada a prática da enfermagem. Reflete também a busca do paradigma da complexidade no desenvolvimento do cuidado humano, ou seja, cuidados de enfermagem não centrados apenas no aspecto biológico, mas na concepção de ser humano como um sistema aberto, constituído por unidades que não se dividem, mas que existem em sinergia.

- A Relação entre Teorias e Práticas na Formação e no Exercício da SAE:

Esta subsidia-se em experiências vivenciadas pelos sujeitos de pesquisa na sua formação inicial e no contexto de atuação profissional em enfermagem hospitalar, em relação ao exercício da SAE. Os aspectos envolvidos dizem respeito à modalidade de ensino de enfermagem hoje

vigente, que ainda sofre influências da abordagem tecnicista, apesar da tentativa de superação com uma mudança paradigmática. Está organizada em duas subcategorias: **a visão dicotômica da relação entre teorias e práticas na formação e atuação do enfermeiro na SAE**, a qual, ainda mostra resquícios de uma visão tecnicista da relação entre teoria e prática e **a visão dialética da relação entre teorias e práticas na formação e atuação do enfermeiro na SAE**, a qual trata da visão não dicotômica e dialética de tal relação.

Apresento, a seguir, uma interlocução com os sujeitos de pesquisa, destacando elementos mais significativos para a investigação, organizados em categorias.

4.1 Os Saberes Envolvidos no Exercício da SAE em Contexto Hospitalar

Para Morin (2006), por muito tempo a construção do conhecimento foi descrita sob um modelo que dissociava sujeito e objeto, teoria e prática, pensamento e ação, ou seja, de um lado objetos a serem observados, experimentados, manipulados, quantificados e, de outro, os sujeitos que questionavam, investigavam e se comunicavam.

Segundo as concepções de Morin (2006), nos dias de hoje, questiona-se o modelo anteriormente citado, à medida que emerge uma nova proposta de unidade entre sujeito e objeto, interagindo entre si, transformando e sendo transformado. Isso significa dizer que o conhecimento precisa ser construído numa perspectiva relacional.

Refletindo sobre o fazer da enfermagem, inserido em um contexto complexo, assume-se que seu exercício profissional pressupõe o domínio de um conjunto de posturas, atitudes, habilidades e conhecimentos, incluindo vivências na era da informação, marcada pela velocidade do conhecimento científico, que significa para muitos a única espécie de conhecimento aceitável. A enfermagem também se encontra em mudança de paradigma, conduzindo a reformas profundas do pensamento, da percepção e dos valores que formam

uma determinada visão da realidade. A prática passa de uma visão mecanicista e tecnicista para a visão de uma totalidade dinâmica, na qual as partes são dialeticamente inter-relacionadas (WALDOW, 1998).

Além do desafio na construção e organização dos conhecimentos específicos, sobre os quais é direcionada sua prática profissional, a enfermagem também busca romper com o paradigma biologicista e cartesiano, possibilitando a concepção do paradigma da complexidade; ou seja, visualizar o cliente como um todo, um sujeito histórico em contínuo processo de transformação. Isso no momento do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem concebidos, dinamicamente articulados, ou seja, colocados em prática de forma metodológica e sistemática – a SAE. Este processo constitui-se no foco de preocupação desta pesquisa. A SAE mobiliza uma multiplicidade de conhecimentos e habilidades, como apontaram os sujeitos de pesquisa:

Ao desenvolver a SAE, o enfermeiro utiliza os conhecimentos e habilidades que possui, tanto no aspecto teórico quanto prático. (q E9)

Para a prática da SAE é necessário um amplo conhecimento e experiência em todas as áreas relacionadas a saúde... (q E8)

Segundo Ferreira (2003), a maneira de ver o ser humano como um todo indissociável é mais próxima da realidade, no sentido de que a pessoa ou comunidade, sob os cuidados da enfermagem, não apresenta somente uma alteração biológica ou psíquica, mas várias outras dimensões como: histórica, espiritual, social, econômica e cultural.

A SAE, portanto, ao mobilizar conhecimentos e habilidades para sua execução, desafia os profissionais envolvidos, o que pode ser percebido nos relatos dos sujeitos de pesquisa, quando indagados sobre as formas de articulação de conhecimentos necessárias para a utilização da SAE em contexto hospitalar. Referem os sujeitos:

Percebo a SAE como um mediador de crescimento e desenvolvimento técnico – científico para os profissionais enfermeiros. (q E1)

... para a SAE, acredito que seja necessária para abordagem ao paciente, conhecimentos sobre a condição humana e também depois sobre patologias, medicações... (q E5)

Para a prática da SAE considero também importante o conhecimento da natureza humana. (q E12)

As manifestações dos sujeitos de pesquisa demonstram indícios de uma multiplicidade de saberes envolvidos na SAE, corroborando com a visão de que, para desenvolver o cuidado ao cliente, torna-se necessária a integração de saberes e competências técnico-científicas, políticas e éticas, subsidiando a atuação profissional de modo que aconteça com profissionalismo e humanidade.

Ainda, conforme Ferreira (2003), acredita-se que o ato de cuidar do outro, na área da saúde, ou seja, o fazer da enfermagem, requer dimensões amplas e abrangentes que contemplem, na prática, questões humanísticas, sociais, éticas, culturais, biológicas, espirituais, técnicas e científicas, implicadas na atuação profissional. Nesta proposta, o paradigma da complexidade envolve o pensar e o fazer da enfermagem, por ser uma área do conhecimento que cuida de seres humanos que por natureza apresentam comportamentos peculiares e imprevisíveis, estando sua atuação inserida num contexto também complexo. É o que deixam transparecer as falas dos sujeitos de pesquisa, suscitando uma atenção às formas de inserção e articulação de práticas e saberes diversificados. Outras manifestações dos sujeitos de pesquisa foram também expressas:

Vivências culturais me possibilitam facilidade de comunicação com clientes. (q E1)

Na atuação do enfermeiro participam os saberes da prática clínica, habilidades inter-pessoais, psicologia, sociologia, patologia, anatomia, fisiologia, nutrição e muitos outros, também habilidades técnicas de modo geral. Aliando teoria com experiências diárias poderemos ter bases sólidas para o êxito da assistência de enfermagem. (e E1)

As referências feitas pelos sujeitos mostram a importância por eles atribuída a uma multiplicidade de aspectos formativos relacionados ao cuidado. Além dos diversos saberes disciplinares, integram, também, “habilidades interpessoais”, “comunicação”, levando a pensar no modo como falam, registram, interpretam e agem no decorrer da ação. E1 fala que as bases sólidas, para o êxito da SAE, estão no aliar teoria com experiências diárias.

Tudo isso corrobora a visão da necessária atenção por parte dos programas de formação inicial à importância de um conjunto de especificidades formativas e, por outro lado, da sua articulação nos contextos dinâmicos da prática profissional.

Também a interdisciplinaridade é referida na fala anterior como contribuição para o cuidado ao cliente e para a construção de conhecimentos que o sustentem. A complementaridade dos olhares das disciplinas sobre o mesmo foco, ou seja, o ser humano, parece levar à transformação, adequação e ao entendimento da melhor decisão sobre a assistência a ser prestada pelo enfermeiro.

Como uma área do conhecimento, integrada por diversos campos disciplinares, a enfermagem ainda está delimitando suas fronteiras. Tem necessidade de melhor definir seu campo de abrangência. Isso implica em conhecer suas maneiras próprias de produzir e validar o seu conhecimento profissional, considerando diversidades regionais, culturais e institucionais, o que também torna este desafio importante. A forma como é desenvolvido e a natureza do conhecimento são condicionados pela história, pelos valores e recursos disponíveis, como referiu o sujeito de pesquisa (E1), anteriormente, vislumbrando a idéia de cuidado que considere também a cultura do cliente.

Um sujeito faz a seguinte colocação:

Na prática nós procuramos conhecer e desenvolver a SAE... só não utilizamos o diagnóstico de enfermagem ainda, Não utilizo o diagnóstico em função da falta de conhecimento e possibilidades para tal, mas na medida do possível a SAE está sendo entendida e feitas tentativas de implementação. (e E1)

Esta fala parece mostrar dificuldades na implementação da SAE, em especial, quanto a uma das suas etapas que é o diagnóstico de enfermagem (descrito no capítulo da SAE), aliado a desafios no trabalho e relacionados à construção do conhecimento profissional do enfermeiro. Por outro lado, porém, demonstra perspectivas para atuar de forma a mudar a realidade, considerando o cotidiano profissional como gerador de conhecimento.

Com relação à etapa da SAE chamada de diagnóstico de enfermagem, pode-se dizer que, ela, a despeito do esforço realizado por Wanda Horta (1979) de introduzir o PE no Brasil que incluía esta etapa, o conceito de diagnóstico de enfermagem como é hoje conhecido, chegou ao Brasil na década de 1980. Sua integração às demais etapas do PE provocou uma mudança significativa na proposição de cuidados de enfermagem sistematizados, com um olhar voltado tanto para a habilidade de raciocínio, conhecimento e julgamento clínico, por parte do enfermeiro, quanto de uma formação humanística abrangente, que inclui dimensões como a sensibilidade e uma visão orgânica de homem, condizente com a sociedade contemporânea. Deste modo, a etapa do diagnóstico de enfermagem merece destaque e atenção especial durante o processo de formação inicial do enfermeiro, por ser a base para as intervenções de enfermagem, com as quais se objetiva alcançar determinados resultados no processo de cuidado proporcionado ao cliente.

É possível situar essas dificuldades transcrevendo o relato de outro sujeito de pesquisa quanto a uma situação vivida que considerou não bem sucedida em relação a sua prática no contexto hospitalar utilizando a SAE, como segue:

De modo geral, eu percebi que quando tentei desenvolver a SAE, tive dificuldades de embasamento teórico-prático. Eu acho que falta esse entrosamento no dia-a-dia e embasamento também para saber o que significa todo esse processo de sistematização. (e E2)

Esta afirmação deixa transparecer que os referenciais teóricos aliados às experiências teórico-práticas não têm sido suficientes para que os enfermeiros possam utilizar a SAE com

todas as suas potencialidades. Percebe-se, também, que permanecem dúvidas quanto à proposta da SAE como uma metodologia capaz de subsidiar a organização e o planejamento do cuidado ao cliente.

Como sugestão para a resolução da problemática, E10 refere que:

É necessário formar grupos para discussão acerca da necessidade da implementação da SAE, com base nas teorias que regem este método (...) São necessários estudos de casos, discussões em grupo, possibilitando um caminho e uma forma de pensar a SAE na nossa realidade. (q E10)

Acredita-se ser comum, no cotidiano do trabalho de saúde institucional, as diversas especialidades do conhecimento desenvolverem um trabalho destituído de reflexão. Comumente, não se têm uma prática de participação dos profissionais no pensar e organizar o trabalho, perdendo-se, com isso, o qualitativo da reflexão e a riqueza da percepção, gerando fragmentação no processo assistencial.

Essas dificuldades poderiam ser minimizadas por um processo coletivo de construção do conhecimento, como propõe a teoria de Ludwik Fleck apud Backes (2000), quanto aos estilos e coletivos de pensamento (neste caso, o grupo profissional). Partindo do princípio de que a ciência é levada a cabo de forma coletiva, o autor chama a atenção para os diferentes estilos de pensamento, que contemplam a construção do edifício teórico. Em cada contexto institucional, há dinâmicas próprias de organização da prática, porém todos eles contemplam, de alguma forma, aspectos comuns.

E10 refere a possibilidade de discussões a partir de estudos de casos, o que reafirma a importância da interação com outros profissionais, proporcionando formas de crescimento pessoal e profissional

A manifestação do sujeito E10, também, denota a necessidade de uma formação mais adequada à implementação da SAE, vista como um “método de trabalho”. Assim, pensando a

realidade de forma cooperativa e reflexiva, é possível a construção coletiva de conhecimentos imprescindíveis para o processo de cuidar em enfermagem.

Nesse sentido, percebe-se que a concepção, o planejamento, o acompanhamento e a execução de ações na assistência de enfermagem, mobilizam saberes práticos, teóricos e teórico-práticos inerentes à profissão de enfermeiro, sendo que o profissional, por sua vez, precisa religar saberes construídos, durante sua formação inicial, de forma fragmentada (MORIN, 2001).

Compreendendo o saber, conforme Ferreira (2003), como conceito polissêmico na formação do enfermeiro, deparamo-nos com a existência de diversos saberes: acadêmicos, científicos e técnicos. Porém, há os saberes próprios da experiência da profissão, ou seja, aqueles provenientes da experiência pessoal, os quais, apesar de menos sistematizados e formalizados que os outros, precisam ser explicitados para que possam contribuir na discussão sobre a sua formação (TARDIF, 2002).

Ainda para Ferreira (2003), é preciso que os profissionais estejam preparados para a vida e sejam capazes de mobilizar e articular conhecimentos, valores e habilidades na tomada de decisões diante de qualquer problema/situação.

Para Morin (2006), o mais importante não é acumular saberes e empilhá-los, mas sim dispor de aptidão que permita ligá-los e lhes dar sentido, para uma tomada de decisão coerente e com resolutividade, seja ela direcionada para um indivíduo ou coletividade.

Os saberes profissionais são, portanto, componentes da profissão ou da identidade profissional. Com base nos saberes profissionais, há a estruturação da vida profissional, sua relação com o trabalho e com os colegas. Esses saberes têm origens diversas e não decorrem diretamente da ciência, embora a base científica seja imprescindível. Constituem-se num

conhecimento em ação, que fundamenta e proporciona relativa segurança para a ação profissional.

Conforme Assad e Viana (2005), os saberes constituem um conjunto de elementos elaborados e incluídos na bagagem intelectual dos indivíduos e grupos, derivados de sua observação, experiência e dos estudos. Os enfermeiros pesquisados consideram relevantes os conhecimentos emergidos da prática profissional, na relação da teoria com a realidade objetiva e assim refere um sujeito de pesquisa:

São importantes os conhecimentos teóricos e práticos na utilização da SAE.
(q E4)

Ao mencionar saberes práticos, o sujeito se reporta ao conjunto de instrumentos aos quais os enfermeiros recorrem no dia-a-dia do exercício da profissão. Na literatura, encontramos autores como Schön (1983), que discorre sobre conhecimentos tácitos, construídos pelo próprio profissional, a partir das experiências, um saber estritamente associado à intervenção.

Assim, acredita-se que o núcleo de um movimento de mudança na profissão encontra-se na educação e, mais especificamente, na discussão sobre a noção de aprender a aprender na prática. Talvez, isso aconteça na busca de instrumentos que auxiliem o futuro enfermeiro, no desenvolvimento de sua formação, visando a transformação da prática a partir de experiências vividas, sejam elas positivas ou negativas, conforme manifestações dos sujeitos:

Nos estágios realizados em UTI, tive a oportunidade de utilizar o processo de enfermagem, o que foi positivo para o entendimento do mesmo... (q E2)

A SAE foi trabalhada conosco na graduação de forma muito rápida, principalmente em estágios, porque os estágios tinham curta duração. Então acho que faltou mesmo a experiência de fazer, fazer de novo para tirar dúvidas. Então isso dificulta um pouco a utilização da SAE e essa experiência, hoje, ela representa uma dificuldade... (e E1)

A segunda fala deixa transparecer as dificuldades encontradas na experiência dos estágios acadêmicos, denotando a impossibilidade de os sujeitos discutirem a realidade, observarem e experimentarem, como uma estratégia de ensino viável e fecunda, que poderia aproximar a realidade almejada.

Considerando importante a compreensão de como os sujeitos de pesquisa percebem os conhecimentos internalizados em seu processo de ensino-aprendizado, questionou-se sobre as possíveis origens de seus conhecimentos relativos a SAE. Então, os enfermeiros mencionaram:

Lembro, durante a graduação, aprendi com os professores. Na disciplina de Semiologia onde a gente trabalhou bastante o exame físico do paciente, depois em estágios de Saúde Pública, desenvolvemos a consulta de enfermagem... (e E2)

A base de tudo foi minha formação durante a graduação. Nos estágios da graduação, aprendi com os professores, e agora aqui na instituição, com a rotina do dia-a-dia... Aprendi com professores na graduação e agora aqui na instituição (Hospital). (e E1)

Com essas falas, os sujeitos de pesquisa apresentam um desafio tanto aos enfermeiros no que se refere a sua prática, quanto aos docentes no processo de ensinar e aprender. Dessas relações entre educando, educador, enfermeiro profissional e cliente, surge a possibilidade de interações e trocas de saberes, que oportunizam a criação de outros saberes.

Quanto à associação entre o conhecimento teórico e procedimentos técnicos em situações de utilização da SAE, um sujeito de pesquisa, em sua fala, caracteriza tal situação como segue:

Eu considero da seguinte forma: para o desenvolvimento da SAE é preciso embasamento e associação entre teoria e prática, porque assim eu consigo desenvolver o procedimento com segurança. Agora a habilidade técnica eu vou desenvolver com a repetição do procedimento. (e E2)

O enfermeiro expressa a visão de que a segurança no desenvolvimento dos procedimentos técnicos supõe o embasamento teórico e a associação entre teoria e prática. Reporta à “repetição”, o desenvolvimento da habilidade técnica no desempenho da SAE.

Corrobora-se com Tardif (2002), que no âmbito da discussão quanto aos ofícios e profissões, torna-se inviável falar do saber sem relacioná-lo com condicionantes inerentes a um contexto do trabalho. O saber é sempre de alguém que trabalha alguma coisa no intuito de realizar um objetivo qualquer. Além disso, o saber não é uma coisa que flutua no espaço. O saber do profissional é o saber de um sujeito, estando relacionado com a pessoa e a sua identidade, com suas experiências de vida e sua história profissional.

O pensamento racional permite a construção do conhecimento científico, validado no âmbito da comunidade científica. A enfermagem, com o passar dos anos, vem buscando desenvolver um esboço quanto à especificidade e à delimitação de seu trabalho, baseado em saberes. Vários estudos mostram questões relativas ao conhecimento profissional da enfermagem. Destacamos o que foi caracterizado por Almeida, Rocha e Juan (1989), ao fazer uma análise do seu próprio trabalho, pela objetividade com que definem três períodos que caracterizam a enfermagem, que são: o primeiro, quando foram priorizadas as técnicas de enfermagem; o segundo, quando foram valorizados os princípios científicos e, o terceiro, quando são publicadas as teorias de enfermagem.

Desta forma, no período da enfermagem, no qual, foram priorizadas as técnicas, como colocam Almeida, Rocha e Juan (1989), o objeto da enfermagem não era centrado no cuidado ao paciente. As atividades eram focalizadas no desempenho das tarefas. Neste momento não havia a preocupação em conhecer o porquê, mas o como fazer. O ensino se dedicava ao treinamento e exigia de forma bastante rígida o comportamento ritualístico nos

procedimentos. Como suporte teórico, a ênfase era voltada para o aprendizado das doenças, causas, descrição e tratamento.

Almeida Rocha e Juan (1989) também descrevem a segunda fase da enfermagem, como a dos princípios científicos, aquela em que a enfermagem buscava essa dimensão para a sua prática, apoiada principalmente no saber do médico, lançando mão de ciências básicas com foco na biologia. Houve a tentativa de fundamentar as técnicas e demais comportamentos nas áreas biopsicossociais, porém, a dimensão biológica permaneceu como enfoque predominante.

Ainda na visão de Almeida, Rocha e Juan (1989), ganhou força no Brasil, por volta da década de setenta, as teorias de enfermagem, em função do culto à ciência. Assim, a enfermagem parte para a busca de conhecimentos próprios e de reconhecimento como profissão. Esta é, segundo as autoras, uma árdua caminhada até os dias de hoje, entre várias teorias propostas, na sua grande maioria, buscando apoio em outras áreas do conhecimento. Outras, apesar de parecerem inovadoras, caem em contradição na prática, sendo ainda proeminentes os enfoques biomédicos.

Para Ferreira (2003), a educação do enfermeiro requer o saber biológico e técnico. Afirma, também, que ele precisa saber conviver, partilhar e cooperar para a construção de sociedades mais democráticas e solidárias. Para que isso aconteça, acredita que os conhecimentos aliados à ética tornam-se elementos fundamentais para o desempenho profissional.

No âmbito desta pesquisa, defende-se que conhecimentos teóricos e práticos da área da saúde são uma condição necessária para a atuação do enfermeiro na SAE. Porém não são suficientes, sendo imprescindível uma formação profissional pautada também em outros saberes, a exemplo da ética e das relações inter-pessoais.

Neste sentido, pensando em termos de formação, o profissional deve ser preparado para a vida, não se limitando aos aspectos inerentes a profissão. Faz-se necessário que seja capaz de articular conhecimentos, valores e habilidades, na tomada de decisão em qualquer situação, sem esquecer que, além do saber teórico e das técnicas é preciso saber conviver, partilhar e ser ético.

Nas situações decorrentes da prática, não existe um conhecimento profissional que possa dar conta de qualquer problema, como uma única solução correta. O profissional precisa atuar refletindo na ação e sobre a ação, criando uma nova realidade, experimentando, superando problemas, interagindo e inventando através do diálogo que estabelece com outros, dentro e fora desta mesma realidade, como refere:

São necessários para prática da SAE, conhecimento básico sobre o tipo de cliente que procuram a instituição...costumes, culturas... (q E11)

Ainda, os sujeitos de pesquisa foram questionados em relação aos conhecimentos que integram o conhecimento profissional do enfermeiro quanto à SAE. Nas suas manifestações, podemos perceber que em situações diárias de trabalho, os padrões de conhecimento propostos por Carper se fazem presentes e, com frequência, são referidos padrões empíricos como:

É importante fisiologia, anatomia, fisiopatologia. (q E9)

Farmacologia, anatomia, diagnóstico de enfermagem. (q E8)

Toda anatomia, fisiologia, algumas noções de farmacologia e principalmente vejo como importante conhecer conceitos de patologia, enfim sobre as doenças.... (e E2)

As manifestações dos enfermeiros, aqui destacadas, evidenciam a valorização do aspecto biológico, dentro do processo de cuidar em enfermagem. Essa tendência tem sido alvo

de muita discussão, tanto no contexto da formação inicial como continuada, dos enfermeiros e se constitui em um desafio importante, uma vez que se busca a articulação de saberes para prestar assistência, de forma que múltiplos conhecimentos auxiliem na resolução dos problemas que se apresentam na realidade da profissão.

Além desses saberes mencionados pelos sujeitos de pesquisa, outros são co-participantes do conhecimento profissional do enfermeiro, que é multidimensional. Pode ser compreendido a partir da proposição que Morin (2006) faz ao termo complexidade, descrevendo-o como a articulação entre a unidade e a multiplicidade. A maneira de abordar o todo supõe uma visão mais próxima da realidade e, também uma visão afastada dela, pois a realidade não é apenas um olhar. A pessoa, sob os cuidados de enfermagem, não apresenta somente uma alteração biológica ou psíquica. Várias outras dimensões precisam ser consideradas: histórica, religiosa, social, econômica, cultural e outras.

Ainda segundo Morin (2006), o mais importante não é acumular saberes e empilhá-los, mas sim dispor de aptidão para colocar e tratar os problemas e princípios organizadores, que permitam ligar e dar sentido aos saberes. O importante não é armazenar conteúdos, mas ser capaz de articular conhecimentos científicos com outros conhecimentos (ético, estético e pessoal), para tomar decisões coerentes e com resolutividade na prática profissional.

A pluralidade aliada à totalidade do conhecimento da enfermagem, proposto por Ferreira (2003), vem ao encontro do pensamento que emerge na educação para a construção do conhecimento profissional, sendo a complexidade um termo bastante freqüente na educação hoje. Aceita-se que o global é constituído por um conjunto de componentes inseparáveis. Para Morin (2001), os componentes, como o caso dos saberes das disciplinas, ou áreas do conhecimento precisam ser tecidas juntas, assim como Carper considera que os padrões de conhecimento da enfermagem, interagem entre si, desde as partes em relação ao

todo, bem como, entre o todo e as partes, de modo a que nenhum dos componentes seja considerado separadamente, pois o todo não é a simples soma das partes.

Uma multiplicidade de saberes constitui o conjunto de dimensões formativas que compõe a bagagem intelectual do indivíduo e dos grupos, derivados de sua observação, experiência, estudos e interações. Por sua natureza, nascem na interação com a prática, para serem usados nela. Em situação de trabalho, o enfermeiro toma decisões a partir dos saberes internalizados, construindo seus esquemas de ação, resultantes daquilo que passa a ser comum nas diversas ações.

Desta forma, inferimos que o enfermeiro, além das situações de qualificação formal, aprende na interação com o mundo da prática, observando, perguntando, se informando, experimentando ações, dialogando com colegas, com pacientes, com profissionais de outras instituições, inserindo os saberes teóricos em sua prática. Assim, o enfermeiro aprende para a prática na interação com a mesma. Um sujeito de pesquisa, quanto às fontes de seus conhecimentos em relação a SAE, disse que:

A base foi minha formação profissional na graduação. A prática profissional do dia-a-dia nos favorece bastante, porque é no dia-a-dia que a gente consegue de fato aprender o que o paciente está demonstrando, o que está apresentando e consegue direcionar isso para um cuidado assistencial. Aprendi com os professores na graduação e agora aqui na instituição estamos tentando isso e acredito que vamos aprender muito mais. (e E1)

Refletir sobre o ensino da enfermagem, com base nos princípios da complexidade de Morin, é perceber o contexto educativo enquanto instância que, disponibilizando o acesso a culturas diversificadas, permita ao futuro profissional compreender a condição humana, internalizar e reelaborar conhecimentos, pensar de forma contextualizada, aberta, globalizada, ética, dialógica, recursiva, hologramática, de modo a direcioná-los a desenvolver a solidariedade, a religar os saberes, tendo como alvo o cuidado humano sistematizado.

Com base no referencial histórico-cultural de Vigotski, (2001), assumimos a visão de que a mente humana se constitui na cultura, nas interações com os outros, mediando múltiplos e dinâmicos processos de internalização e reelaboração de conhecimentos de maneira dialeticamente transformadora.

Em resumo, os reflexos destas transformações mostram a evolução de uma prática de enfermagem unicamente técnico-científica, isto é, a capacidade do profissional de executar suas atribuições baseadas em conhecimentos científicos, para um panorama de valorização do homem e de sua formação cultural. Para o enfermeiro, o conhecimento da área biológica e o conhecimento das ciências sociais são atributos para a obtenção desse perfil, como parece revelar:

Na atuação do enfermeiro são necessários os saberes de prática clínica, habilidades interpessoais, conhecimentos de psicologia, sociologia e outros...(e E1)

Os sujeitos de pesquisa também mencionam dificuldades, ou a sua falta de motivação para a busca de conhecimentos necessários à prática da SAE. Expressaram-se sobre o que não estaria funcionando bem na sua prática ou sobre alguma situação real considerada mal sucedida, no âmbito da SAE:

O que acontece muitas vezes é o desinteresse e o despreparo do próprio profissional em realizar um processo de enfermagem completo. (q E3)

O enfermeiro menciona o “estudo direto com o paciente”, numa visão que extrapola a dimensão técnica.

De modo geral, às vezes que eu tentei desenvolver a SAE, no estudo direto com o paciente, eu percebo dificuldades de embasamento teórico, prático e uma rotina de fazer isso diariamente. (e E2)

Aqui, novamente houve manifestações quanto a saberes de cunho técnico-científico e disciplinar:

Possuir competência técnica e científica... (q E1)

Falta aprender com riqueza de detalhes sobre exame físico e raciocínio diagnóstico. (q E1)

Para alguns faltam conhecimentos de fisiologia, fisiopatologia, psicologia... (q E1)

A análise dos depoimentos sobre experiências vivenciadas, pelos sujeitos de pesquisa, na formação inicial e no contexto da prática de enfermagem hospitalar, revela aspectos envolvidos na modalidade de ensino de enfermagem hoje vigente, marcada por influências da abordagem tecnicista. A problemática é tratada na categoria que segue, na perspectiva de uma mudança do pensamento e das práticas de assistência de enfermagem, considerando proposições da comunidade científica da área.

Isso corrobora a visão de uma pluralidade de saberes envolvidos na formação e na prática da SAE, o que demanda discussões sobre o desafio de inter-relacionar tais saberes, como segue.

4.2 A Relação entre Teorias e Práticas na Formação e no Exercício da SAE

Os sujeitos desta pesquisa, com suas manifestações, agregaram uma importante contribuição a este estudo, expressando diferentes percepções sobre sua formação inicial quanto à SAE e sobre relações possíveis com sua vivência na prática profissional.

Situando os sujeitos de pesquisa no tempo e espaço da formação inicial, solicitou-se aos mesmos um comentário sobre lembranças ou percepções com relação a importância do curso de graduação em enfermagem na sua formação profissional. Entre outras colocações, destacam-se:

Afirmo que durante a graduação construímos junto com colegas e pacientes, principalmente nas aulas práticas todo o conhecimento básico para minha formação profissional. (q E10)

Os conhecimentos da graduação me permitem hoje integrar teoria e prática. Em todas as práticas atuais, sempre tenho presente o que aprendi em teoria... (q E9)

O curso contribuiu para minha formação profissional, com conhecimentos na área da saúde, bem como, desenvolvendo habilidades que fundamentam e asseguram uma atuação com qualidade e comprometimento profissional. (q E 11)

As manifestações expressas pelos sujeitos de pesquisa, ao enfocarem a formação inicial, mostram afirmações positivas, denotando a importância do curso para a formação do futuro profissional, já considerando a perspectiva da relação entre teoria e prática.

De modo geral, em contexto universitário, a SAE, em termos gerais, é ensinada com padrões que denotam resquícios de uma visão tecnicista. São transmitidos conteúdos sobre as etapas da SAE e os procedimentos envolvidos, no decorrer de um componente curricular. A prática da formação é desenvolvida em momentos e locais diferentes, envolvendo os estágios. Nessa pesquisa, procurou-se verificar como comparece o estabelecimento de relações entre teoria e prática na formação inicial do enfermeiro e na prática da SAE em contexto hospitalar.

Ferreira (2003) afirma que, ao analisar tanto a prática profissional como o ensino da enfermagem, identifica que ambos ainda trazem implícitas em suas idéias e fazeres, concepções baseadas no paradigma positivista, ou seja, a desvinculação da teoria e prática, como também, uma prática assistencial fundamentada no modelo biomédico que fragmenta a realidade e o próprio ser humano em partes, haja vista o conhecimento fragmentado em disciplinas.

Usualmente, não há atenção à articulação entre saberes diversificados que integram a formação e a prática profissional. Capra (1982) observa que no ocidente medicina e biologia

desenvolveram-se lado a lado com uma visão mecanicista do processo saúde/doença resultando no chamado modelo biomédico de atenção à saúde, o qual influencia a prática dos profissionais das áreas da saúde até os dias atuais. O esgotamento deste modelo levou os profissionais a discutir alternativas para mudança do sistema, podendo com isso responder às necessidades da população num sentido mais atual e amplo do processo da saúde.

Waldow (1998) comentou sobre a situação da enfermagem no Brasil, quanto à preocupação com o fenômeno de cuidar em enfermagem, que na época era muito recente. Afirma que este fato parece justificar a grande confusão existente entre profissionais de enfermagem que não conseguem diferenciar “cuidar” de “assistir”, processo de trabalho, processo de enfermagem e processo de cuidar, tampouco conseguem entender e definir de forma clara no que consiste o cuidar, quando questionados ou solicitados a refletirem sobre a prática diária.

A apresentação dos resultados de pesquisa, a seguir, está organizada em duas subcategorias, que compõe dois itens, quanto à relação entre teoria e prática. Um item trata da visão tecnicista e o outro trata da visão não dicotômica e dialética de tal relação.

4.2.1 A visão dicotômica da relação entre teorias e práticas na formação e atuação do enfermeiro na SAE

Alguns dos sujeitos desta pesquisa, em suas colocações, deixam transparecer, resquícios de um caráter tecnicista de visão sobre a sua formação e sobre prática profissional na SAE, o que é um reflexo do próprio modelo vigente de formação. Nesta pesquisa, algumas manifestações mostram tais vestígios, como a que segue:

A SAE é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos (...) na assistência ao cliente, o que caracteriza a prática profissional do enfermeiro. (q E4)

O sujeito E4, em seu depoimento, expressa a visão de que a prática profissional do enfermeiro, na SAE, consiste na aplicação de teorias e técnicas.

Esse caráter tecnicista diz respeito à racionalidade técnica que, segundo Schön (2000), é uma epistemologia da prática, derivada da filosofia positivista, construída nas próprias fundações da universidade moderna.

Schön afirma que:

a racionalidade técnica diz que os profissionais são aqueles que solucionam problemas instrumentais, selecionando os meios técnicos mais apropriados para propósitos específicos. Profissionais rigorosos solucionam problemas instrumentais claros através da aplicação da teoria e da técnica derivadas do conhecimento sistemático, de preferência científico (2000, p. 15).

Esta abordagem tecnicista que surgiu nos anos setenta, decorrendo na visão paradigmática amplamente direcionadora das práticas da formação, propõe uma pedagogia embasada na racionalidade técnica, na eficiência e eficácia da produtividade. O foco principal desta prática educativa não parecia ser a relação entre os sujeitos e sim o objeto, provocando a fragmentação do conhecimento. A ênfase recai na técnica pela técnica, o que passa a marcar a cultura acadêmica como um todo. Os processos de conhecimentos têm se caracterizado por serem excessivamente estruturados, formalizados e sistematizados, não se priorizando a articulação entre saberes diversificados que se requerem entre si (SILVA, RAYMUNDO e BEHERNS, 2002).

Refletindo a formação em enfermagem, observa-se que, mesmo após a publicação da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, na década de noventa, que substituiu o antigo currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares, trazendo maior flexibilização à organização do currículo da graduação e mais tarde, em 2001, com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, que definiu o perfil do

formado, dentre outros aspectos, ainda permanecem resquícios do modelo tecnicista que se tornou dominante no mundo como um todo e também no Brasil, e que necessita ser criticamente, histórica e culturalmente, transformado (BRASIL, 1996).

Assim, ao refletir sobre a relação teoria e prática no ensino e no desenvolvimento da SAE em contexto hospitalar, um sujeito de pesquisa refere que:

É interessante se puder juntar teoria com a prática, mas na realidade é muita teoria e pouca prática. (q E5)

O sujeito E5 questiona que na realidade “é muita teoria e pouca prática”, interessante de serem juntadas. Muitas vezes, essa concepção somatória parece remete à visão de justaposição ao invés de uma relação dialética e dialógica entre teoria e prática.

E5, ainda, parece referir-se à reprodução do conhecimento, transparecendo a idéia de que a prática seria a aplicação de algo que já se encontra pronto, não considerando seu cotidiano como gerador de conhecimentos. Atribui-se esse pensamento, em parte, à formação acadêmica pois, na maioria das vezes, são poucos os espaços para a reflexão, para o exercício do pensamento crítico e o estímulo à inovação.

O sujeito E2 manifesta-se sobre a formação inicial:

Deveria ter tido um melhor acompanhamento do supervisor de estágios na realização dos procedimentos técnicos, para que o aluno não aprenda de modo incorreto e não desenvolva condutas erradas, com maiores explicações quanto à finalidade delas. (q E2)

E, valoriza o acompanhamento do supervisor de estágio. Expressa-se com palavras como: “incorreto” e “erradas”, transparecendo uma visão simplista da relação entre teoria e prática.

Já o sujeito E6 faz o seguinte comentário:

A SAE é um instrumento muito importante, mas para que a SAE seja de boa utilização é necessário que os conhecimentos teóricos e práticos durante a formação do profissional também sejam bem ensinados e cobrados...
(q E6)

O sujeito parece reconhecer a importância da teoria e da prática mas não fala explicitamente da relação que, implicitamente, manifesta numa visão de necessidade do conhecimento “teórico e prático” “cobrado”, transparecendo um olhar tecnicista, quando parece não bastar ter o domínio e implementá-la.

Com relação aos modelos de formação no contexto do ensino da SAE, estes sujeitos fizeram as seguintes colocações:

As aulas teóricas forneceram noções sobre a SAE, com certeza merece maior espaço no campo disciplinar. (q E1)

Acredito que deveria ter maior aprofundamento e talvez a SAE como disciplina da graduação, com vasta carga horária. (q E1)

As observações denotam a cultura das disciplinas ainda presente na formação inicial do enfermeiro. Como um modo de pensar e fazer a prática da enfermagem, a SAE requer habilidades cognitivas, inter-pessoais, técnicas e uma bagagem de compreensões e posturas, desenvolvidas no decorrer do curso. Portanto, na formação inicial em enfermagem, sugere-se a preocupação com relação a múltiplos saberes, tendo a ética como componente direcionador das ações. É importante destacar a preocupação referida por este sujeito de pesquisa com relação à ética, como elemento fundamental para o cuidado como ação humana.

Algumas práticas de atuação do enfermeiro devem ser levantadas e questionadas. Muitas vezes o profissional realiza procedimentos que não são de sua competência na prática da assistência de enfermagem, pela falta de respaldo legal do órgão competente ou pelo desinteresse da instituição e de seus profissionais... (q E2)

E5 faz uma proposição de melhoria da formação, quanto a SAE:

Eu acho que se as instituições de ensino destinassem uma disciplina somente para que os alunos estudassem essa prática... seria bem mais aproveitado e todos aprenderiam realmente... (q E5)

Como já foi comentado anteriormente, trata-se de uma proposição com caráter fragmentário e tecnicista. Pensar no ensino da SAE como disciplina isolada, como propôs E5, talvez não seja o melhor caminho. Mesmo já sendo desenvolvida em um componente curricular, durante o curso, ela precisa ser trabalhada nos demais e, na verdade, é necessária a conjugação de todos os conhecimentos, no desenvolvimento do processo de cuidado. Ferreira (2003) alerta que disciplinas distanciadas umas das outras e da realidade fazem emergir um conhecimento limitado, constituído de conhecimentos paralelos, desagregados uns dos outros e até, quem sabe, antagônicos.

Porém, apesar da legislação e dos estudos já desenvolvidos, ainda há a cultura apenas disciplinar sendo visível a fragmentação da formação. Segundo Waldow (1998), de modo geral, a maioria dos cursos de formação inicial continuam sendo conservadores, pois desvinculam a teoria da prática e desconhecem a realidade na organização dos currículos de graduação em enfermagem. Evidencia-se a compartimentalização do conhecimento em disciplinas que, por sua vez, estão divididas em teoria e prática, havendo exclusão da realidade nas abordagens e experiências de aprendizagem.

Conforme Ferreira (2003), ensinar conceitos diretamente é infrutífero e impossível. É preciso oferecer aos educandos experiências que lhes permitam ir à busca do conhecimento e de sua inserção nas práticas. É preciso mergulhar os mesmos no contexto da realidade, de modo que eles, ao confrontarem-se com o mundo real, possam ir além das aparências e buscar um entendimento mais profundo, estabelecendo relações entre os conhecimentos, entre o real e o abstrato, penetrando na essência dos fenômenos, de forma iluminada por outros saberes.

Os depoimentos dos sujeitos de pesquisa denotam, como já referido, visões que podem ser reportadas a um entendimento de caráter tecnicista da relação entre teoria e prática. Ambas, sendo diversas entre si, tornam-se essenciais na formação do enfermeiro, demandando esforços na superação do grande desafio que é buscar uma relação articuladora e dinamizadora da produção de conhecimentos no processo de formação profissional do enfermeiro.

4.2.2 A visão dialética da relação entre teorias e práticas na formação e atuação do enfermeiro na SAE

Os sujeitos de pesquisa, quanto à sua formação inicial em relação a SAE, durante as aulas práticas, referem que:

Tivemos pouca prática na área hospitalar (...). (q E4)

Em todo meu estágio hospitalar realizei um processo de enfermagem.
(q E1)

Os comentários dos sujeitos denotam uma visão crítica em relação ao contexto da formação inicial, parecem demonstrar carências em relação ao ensino nesse contexto. Nas falas que seguem transparece a problemática

A SAE poderia ter sido mais praticada na área hospitalar, pelo que me lembro não fizemos nenhum processo inteiro na área hospitalar. (q E4)

... quando atuamos na prática (estágios) os campos não tinham a SAE implementada, considero que seria muito importante ver o processo implementado. (q E13)

Como aluno não recebi nos estágios as orientações necessárias para um bom serviço sistematizado, devido as circunstâncias ocorridas nas aulas práticas, como por exemplo, a falta de rotina de utilização da SAE, nas instituições de saúde... (q E12)

Durante a minha formação por estar sendo aplicada recentemente com mais afinco a SAE, tivemos muitas dificuldades, pois os próprios professores demonstravam ser iniciantes no que tange a verdadeira realidade da SAE. Por isso ficou um pouco fraco o conhecimento. (q E6)

Segundo eles, nas práticas supervisionadas em âmbito hospitalar, muitas vezes, a SAE foi vivenciada de forma parcial ou fragmentada, dependendo da realidade da instituição. Os futuros enfermeiros experimentaram dificuldades durante sua formação, quanto a vivenciar a prática da SAE. Tal situação parece ser freqüente na formação de profissionais de enfermagem, particularmente nas universidades, que têm como campo de estágios, hospitais de pequeno ou médio porte. Neles, os futuros profissionais realizam práticas e o processo da SAE não é realizado, ou, na maioria dos casos, é fragmentado.

Embora tenham expressado carências e dificuldades em relação ao seu processo de formação inicial, alguns sujeitos de pesquisa expressam a percepção sobre a importância da SAE, enquanto forma de articulação dos saberes. Referem que teoria e prática devem se intercomplementar de forma dinamicamente transformadora, sendo que a relação entre elas é o ponto de partida para o exercício profissional da SAE. O mesmo ocorre em outros depoimentos expressos pelos sujeitos de pesquisa, nos questionários, quando fica clara a posição quanto à importância da teoria e da prática na formação inicial:

O ensino da SAE é ponto de partida para o exercício da prática da SAE.
(q E2)

Deveríamos ter um aprofundamento maior, tanto teórico, quanto prático devido a grandiosidade de riquezas em prol do cliente/paciente. (q E1)

Foi importante para conhecer os passos da SAE, um por um, bem como sua importância. (q E4)

Ainda, a fala que segue também denota certa visão crítica quanto a uma formação desenvolvida de forma fragmentada, dificultando a vivência do todo e a formação profissional.

O aluno deve ter a oportunidade de treinar o processo da SAE por inteiro e não fazer por partes ou só na saúde pública, se realizar bastante durante a graduação, depois na vida profissional vai achar mais prático encaixar no dia-a-dia. (q E4)

Embora use o termo “treinar”, o sujeito de pesquisa valoriza a visão do “processo por inteiro”, mencionando a importância de “não fazer por partes”. A fala reporta ao ensino em que, ao que parece, não são consideradas situações do cotidiano nos processos de construção do conhecimento (pouca realidade prática), ao lado da fragmentação dos saberes.

Já a colocação do sujeito E2, que segue, suscita alguma reflexão sobre a importância de uma formação em contexto prático, associada a fundamentos teóricos.

A formação inicial foi importante para a identificação de problemas e situações de risco associada com a teoria fundamentada e a prática que pude vivenciar. (q E2)

Em relação às possíveis influências do ensino da SAE na formação inicial, para sua implementação na vivência diária da atuação em enfermagem hospitalar, alguns sujeitos de pesquisa fizeram as seguintes manifestações:

O curso de graduação proporcionou um primeiro contato com a SAE expondo a forma adequada de aplicá-la, mas como prática diária na nossa realidade a SAE não é utilizada, sua implementação é deficitária. (q E14)

O que aprendi da SAE no curso de graduação é o que uso como base para minhas práticas.... O modelo usado no pré-operatório durante os estágios foi o que implantei no hospital onde atuo. (q E9)

O histórico de enfermagem, o exame físico e a evolução de enfermagem tem uma ligação direta com minha realidade de prática hospitalar. (q E6)

Tivemos pouca prática na área hospitalar, mas se conseguíssemos colocar em prática todo o dia o que aprendemos, já ajudaria bastante. (q E5)

Esses comentários denotam ainda uma visão simplista da SAE como proposta de cuidados de enfermagem sistematizados. Mostram que os sujeitos tiveram uma vivência fragmentada da SAE e parecem acreditar que, mesmo conhecendo suas etapas e desenvolvendo algumas delas, já seria o suficiente para prestar cuidados de enfermagem

qualificados. Cabe, aqui, a reflexão sobre o compromisso da formação inicial como estimuladora de uma visão mais ampla do contexto da saúde, por parte dos discentes.

Quanto a aspectos da formação inicial que consideraram importantes, alguns sujeitos de pesquisa assim se expressaram:

O processo de enfermagem nos foi ensinado como sistematização assistencial de enfermagem, sendo importante ao cuidado do paciente hospitalar, visto que se visualizaria o paciente sob todos os aspectos, porém, a experiência profissional mostra-nos o distanciamento entre teoria e a prática vivenciada, a ponto de que hoje não possuímos experiência na SAE. (q E1)

Com certeza tive pinceladas sobre o contexto do processo de enfermagem, mas há muitas lacunas, muitas etapas que poderiam ter sido estimuladas e cobradas para que hoje, pudesse prestar uma assistência ao paciente muito mais abrangente. (q E11)

Na graduação, foi bem trabalhado o processo de enfermagem, de forma humanizada, o que nos proporcionou subsídios necessários para implantar a SAE. (q E13)

O cuidado com olhar holístico, porque o aluno aprende que o cuidar está além do físico. (q E12)

Com essas manifestações os sujeitos deixaram clara a filosofia que permeia as ações de cuidado no contexto da pesquisa, mostrando que são estimulados para o desempenho de ações com o olhar do paradigma da complexidade, reforçando a idéia de ir além do biológico.

Ainda, especificamente quanto à formação, nos aspectos relacionados à posterior atuação profissional no âmbito da SAE, alguns sujeitos de pesquisa destacaram:

A associação da prática com a teoria..., capacidade de visualizar e atuar na resolução de problemas, desenvolver o senso crítico quanto a condutas tomadas. (q E2)

Conhecimento teórico e prático associados, porque a rotina diária exige que saibamos avaliar o cliente e intervir de forma adequada. (q E14)

Então, diante dessas manifestações dos sujeitos e na busca por reflexões quanto à formação e atuação do enfermeiro na SAE em âmbito hospitalar, constata-se que a SAE é um

procedimento que, apesar de ter sido introduzido no Brasil na década de setenta, ainda apresenta uma enorme lacuna entre a produção de conhecimento e sua aplicabilidade na prática diária do enfermeiro.

De modo geral, o enfermeiro não tem conseguido ser agente de mudança diante dessa realidade, ficando o questionamento sobre a integralidade da assistência que é prestada aos clientes. Neste sentido, os sujeitos de pesquisa, quando questionados, descrevem brevemente suas vivências:

Nossa prática é um pouco diferente da teoria, pois não temos tempo necessário para realizar todo o histórico do paciente. Às vezes conversamos rápido com o paciente ou familiares, pois na instituição onde trabalho os pacientes são bastante exigentes porque eles pagam caro por um plano de saúde e exigem um bom atendimento. Então acabamos nos detendo em procedimentos para que saiam bem feitos... (q E4)

Na realidade, o que gostaria era poder realizar todo o processo etapa por etapa, mas infelizmente isso não é feito. Realizamos apenas a evolução, pois não dá tempo para sentar com o paciente e fazer tudo como deveria ser. (q E4)

Na realidade, como profissional de enfermagem, percebo-me insuficiente perante todas as necessidades do paciente, sem o método sistematizado que avalia o estado de saúde do mesmo de forma mais abrangente, diagnosticando suas necessidades e cuidados, formulando um plano de cuidados, implementando e avaliando sua efetividade. (q E1)

Percebo-me excluída desta atribuição, mas concordo, acho importante que a prática profissional desenvolva este método, porém, nunca busquei mais entendimento sobre tal implementação. (q E10)

é preciso um quadro de enfermeiros suficiente para a realização desse processo e a diminuição das tarefas realizadas pelo enfermeiro. (q E2)

Muitas vezes fico desmotivada por não conseguir realizar um trabalho como deveria pelo motivo de ter que assumir vários setores ao mesmo tempo. (q E13)

Percebe-se, nas manifestações, o caráter reflexivo dos enfermeiros, pois ao fazerem uma análise das suas vivências profissionais, deixam transparecer a insatisfação em função da impossibilidade de realizar a SAE como um todo. Demonstram também dificuldades institucionais com que, freqüentemente, se deparam nas instituições de saúde.

Com relação à formação para o desempenho da SAE, o sujeito E10 faz uma afirmação que encontra relação com Carraro, Kletemberg e Gonçalves (2003), quando citam um estudo realizado com docentes de alguns cursos de graduação em enfermagem no Estado do Paraná, com relação ao processo de ensino da metodologia da assistência de enfermagem. Os resultados demonstram a relevância do assunto, o interesse dos docentes em inovar as metodologias pedagógicas no processo ensino-aprendizagem da SAE e a busca de novos referenciais teóricos. Discutem o encontro de uma diversidade de concepções da SAE, no período em que é ensinada nos cursos de enfermagem e no entendimento do próprio processo, pelos docentes.

Acredita-se que essa situação seja comum de ser encontrada nos cursos de enfermagem, o que remete à importância do crescimento em termos de proposta do próprio curso a fim de que docente e futuro profissional tenham um posicionamento mais definido sobre o que estão realmente buscando em termos de implementação da SAE.

Outros sujeitos de pesquisa ainda relatam que:

Na universidade aprendemos a realizar a consulta de enfermagem completa, isso é muito importante, mas depois que concluímos o curso a realidade é diferente. Não são todos os hospitais que têm protocolos para isso. (q E8)

Deve ser de interesse da instituição e gerência de enfermagem bem como dos próprios enfermeiros a implementação da SAE. (q E13)

Com esses relatos e trazendo as colocações de Schön (2000) para a realidade da enfermagem, embutida na racionalidade técnica, está a visão de que outros vão determinar ao profissional as suas práticas, uma vez que, na condição de técnico, põe em ação os conhecimentos e propostas que lhes são ensinados de forma já pronta, vindas “de fora da realidade”. Cabe a outros a definição da proposta de trabalho e os meios para alcançá-las. Desse modo, como já colocamos anteriormente, as soluções dos problemas da prática

profissional, não são simplesmente soluções técnicas-instrumentais; não se resumem a escolhas de determinadas teorias e procedimentos, visto que o contexto de atuação da enfermagem é complexo, não cabendo soluções gerais e padronizadas.

É exatamente na prática profissional, por suas características de complexidade, conflitos e relações de poder, que a racionalidade técnica encontra seus limites. Não existe uma teoria nem uma técnica singular e objetiva que se ajuste a qualquer situação. Fica o entendimento, em termos de formação acadêmica do profissional enfermeiro, da necessidade de uma visão inovadora e, ao mesmo tempo, articuladora de saberes, sejam teóricos ou práticos. Assim, poderá formar um alicerce para a busca de uma totalidade compatível com as exigências da sociedade moderna, sem esquecer da liberdade e da necessidade de atuação, como sujeitos do fazer, do pensar e do refletir, sem esquecer dos princípios éticos coerentes com a emancipação dos sujeitos e com a qualidade de vida da sociedade como um todo.

Paulo Freire (2001), em uma abordagem educacional, que busca a transformação social, numa perspectiva emancipadora e humanizadora, coloca que a realidade não pode simplesmente ser observada com passividade. Ela exige uma intervenção responsável para construir uma sociedade mais justa e igualitária. Outro aspecto que o autor chama a atenção é que podemos nos tornar seres com capacidade para tomar decisões e que podemos também desenvolver a capacidade para a ruptura.

É dentro desse quadro que cabe a reflexão sobre a questão do compromisso do profissional com a sociedade. Não é possível, segundo a opinião do autor, um compromisso autêntico se, para aquele que se julga comprometido, a realidade se apresenta como algo dado, estático e imutável.

Assim, pensando em termos de atuação do enfermeiro na SAE, se destaca a importância da ação e da reflexão, do engajamento com a realidade, não de forma passiva,

mas de forma a transformá-la. Com essas atitudes e não escravo das técnicas e rotinas, mas servindo-se delas, poderá o profissional buscar as condições necessárias para desenvolver o cuidado ao cliente de forma comprometida.

Nesta perspectiva, um sujeito de pesquisa fez o seguinte depoimento:

As instituições não estão muito preocupadas com essa prática, elas querem um tratamento rápido e eficaz...para que o paciente ou familiar não vá até a administração reclamar... as administrações não sabem a importância que isso teria para o tratamento e também para que o paciente se sinta mais seguro e tranqüilo com o atendimento. (q E4)

O que transparece é o pouco reconhecimento da importância da prática da SAE por profissionais que dirigem algumas instituições hospitalares. Outro fator relevante na prática diária dos enfermeiros nos hospitais, que poderia ter relação com a forma como a SAE é praticada em algumas realidades, é que os enfermeiros trabalham, com frequência, em organizações com outros profissionais. Além disso, muitas vezes, estão sujeitos à autoridade da organização que os emprega, sendo inevitável, portanto, a convivência com conflitos entre saberes conhecidos e ações apropriadas a sua profissão e as exigidas pelo trabalho.

Lunardi (1999) coloca que, no cotidiano profissional dos enfermeiros, muitas de suas práticas e outras com as quais se depara, parecem corresponder à vontade de outrem, à qual eles têm, por vezes se sujeitado. O profissional da enfermagem está imerso nas relações de trabalho entendidas como relações de poder; porém, o movimento presente nestas relações só se faz possível entre sujeitos que podem resistir e modificar as relações. Desta forma, a situação vivenciada pode contribuir para o profissional permitir-se ou não questionar, refletir, ocupar os espaços que o levariam a resistir, exercendo sua autonomia.

Schön também comenta os conflitos profissionais e a racionalidade técnica da seguinte forma:

em zonas indeterminadas da prática – a incerteza, a singularidade e os conflitos de valores – escapam aos cânones da racionalidade técnica. Quando uma situação problemática é incerta, a solução técnica de problemas depende da construção anterior de um problema bem delineado, o que não é, em si, uma tarefa técnica. Quando um profissional reconhece uma situação como única não pode lidar com ela apenas aplicando técnicas derivadas de sua bagagem de conhecimento profissional. E, em situações de conflitos de valores, não há fins claros que sejam consistentes em si e que possam guiar a seleção técnica dos meios (2000, p. 17).

Nesse sentido, tais zonas indeterminadas da prática têm sido vistas, nas últimas décadas, por profissionais e críticos das profissões, como sendo um aspecto central da prática profissional. Schön (2000) ainda lembra que quando os profissionais não são capazes de reconhecer ou de responder a conflitos de valores, quando violam seus próprios padrões éticos, quando ficam aquém de expectativas criadas por eles próprios a respeito do seu desempenho, são cada vez mais sujeitos a desaprovação e insatisfação.

Ao serem questionados sobre percepções com relação à atuação dos enfermeiros na prática da SAE em contexto hospitalar, alguns sujeitos de pesquisa assim se expressam:

Pouco dinamismo e flexibilidade dos enfermeiros. (q E1)

Falta de conhecimento em disciplinas como fisiologia, fisiopatologia e psicologia, para alguns. (q E1)

Enfermeiros muito tecnicistas, devendo-se centralizar a atenção destes diretamente no processo de enfermagem e reconduzir algumas atribuições aos demais integrantes da equipe. (q E1)

Nós, profissionais enfermeiros, de forma lacunar e aleatória vivenciamos diariamente experiências de uma assistência de enfermagem, pseudo-sistematizada, e este fato nos traz uma imagem imparcial de todo contexto. (q E1)

Nos depoimentos quanto a restrições em executar suas tarefas, em ambiente hospitalar, mencionam, também, motivos ou condições necessárias como a falta de autonomia, de motivação, de conhecimento por parte dos profissionais enfermeiros, dentre outros.

Outros sujeitos de pesquisa manifestam que:

...é preciso um quadro de enfermeiros suficiente para a realização desse processo e a diminuição das tarefas realizadas pelo enfermeiro. (q E2)

Muitas vezes fico desmotivada por não conseguir realizar um trabalho como deveria pelo motivo de ter que assumir vários setores ao mesmo tempo. (q E13)

Essas são dificuldades enfrentadas corriqueiramente por profissionais de enfermagem no desempenho de suas atribuições, que tornam o contexto de formação e atuação profissional insatisfatório, frente ao que se busca para o exercício de fato da profissão, em função da SAE não ser desenvolvida na sua plenitude pelos profissionais.

Percebe-se também, na análise dos depoimentos até aqui apresentados pelos sujeitos de pesquisa, que são inúmeras as necessidades de melhorias na formação profissional do enfermeiro, nas dimensões teórica, prática e teórico-prática, sendo o exercício adequado da SAE um fator propulsor da qualidade do trabalho da enfermagem e que, por certo, estimularia, a busca contínua do crescimento profissional.

O enfermeiro, nessa situação, muitas vezes, ocupa o espaço de líder e coordenador da equipe de enfermagem e, nesse contexto, a SAE parece ser a instrumentalização necessária para que ele planeje científica e sistematicamente as ações da equipe de enfermagem com qualidade. Ao ser implementada, a SAE oferece respaldo, segurança, contribui para a credibilidade, competência e visibilidade e, conseqüentemente, para a autonomia e satisfação profissional.

De acordo com essa proposição, os sujeitos de pesquisa foram solicitados a refletir sobre os possíveis aspectos por eles percebidos sobre a valorização profissional na prática da SAE, em contexto hospitalar e estes são alguns depoimentos:

O enfermeiro tem tudo para ser valorizado na prática da SAE, pois é uma função exclusiva do próprio enfermeiro. O que acontece muitas vezes, é o desinteresse e o despreparo do próprio profissional em realizar o processo de enfermagem completo... (q E2)

O enfermeiro dessa forma pode mostrar seu profissionalismo, interagir com a equipe e dessa forma ser valorizado como profissional. (q E13)

O profissional ainda enfrenta muitas barreiras e a valorização enquanto profissional é deficitária. (q E14)

... em nosso meio profissional esta prática ainda não está ganhando seu real valor. É preciso aumentar essa prática para o seu reconhecimento posterior. (q E10)

Os depoimentos, expressos pelos sujeitos nos questionários fazem crer que a enfermagem, como profissão, ainda busca espaço na tentativa de concretização da proposta de assistência centrada no cuidado e depende de mudanças internas e externas ao processo de cuidar.

Com base nesses pressupostos, a formação precisa estar voltada para que o profissional assuma um importante espaço, nem sempre ocupado na instituição de trabalho, aliado à preocupação com a união do grupo, frente à perspectiva de ampliar a atuação e a valorização profissional. Desta forma, parece importante ocupar o espaço a partir de ações, resistindo ao poder, mediante tomadas de decisão quanto ao cuidado e à administração do mesmo. Nas falas que seguem, sujeitos de pesquisa pronunciaram-se quanto ao assunto:

Há intencionalidade dos profissionais enfermeiros em tentar conduzir situações sempre tendo o paciente como ápice da questão. (q E1)

A gerência de enfermagem é parceira querendo unir o grupo e buscando melhorias. (q E1)

O enfermeiro está ganhando seu espaço, a equipe nos vê como o profissional que faz o serviço acontecer de forma integrada entre os profissionais e pacientes. (q E12)

As falas denotam a tentativa da busca de espaço profissional com a devida qualificação, não esquecendo do foco no ser humano que recebe os cuidados de enfermagem.

Corrobora-se com Costa (2003) quando faz referência a um estudo realizado sobre a relação entre a formação do enfermeiro e atuação profissional em que é questionada a visão da formação inicial como garantia linear para que o profissional enfermeiro caminhe com sucesso no mundo do trabalho. Nesse estudo, a autora enfoca a relação entre a formação do enfermeiro e a sua prática profissional a partir das experiências vivenciadas pelos próprios enfermeiros. Refere que, na formação profissional é evidente a necessidade de um maior aprofundamento quanto à análise da relação teoria e prática.

Ainda com relação à formação e atuação profissional, Delors (1999) indica o trabalho docente como proposto a partir da visão de que o aluno precisa “aprender a aprender” e alerta para a marca da modernidade educativa, que é o aprender a aprender, ou saber pensar.

Demo, também afirma que:

A competência (...) a consolidar e sempre renovar é aquela fundada na propriedade do conhecimento como instrumento eficaz da emancipação das pessoas e da sociedade. Torna-se essencial construir uma atitude positiva construtiva, crítica e criativa, típica do aprender a aprender (1992, p. 25).

Então, se essa contradição é percebida e é reconhecida na divisão entre teoria e prática na formação do enfermeiro, pode-se inferir que é oportuno repensar o ensino que, ainda é, de certa forma, voltado ao modelo biomédico e respaldar os profissionais para que, de fato, sejam agentes de mudanças quando se depararem com a realidade prática; não sucumbindo aos modelos já estabelecidos nas instituições de trabalho. Como agentes de mudanças, os enfermeiros precisam propor e executar modelos de assistência que reflitam aquilo que se defende como adequado e que, inclusive, é estabelecido na legislação profissional.

Segundo Berardinelli e Santos (2005), os projetos pedagógicos dos cursos de enfermagem devem estar fundamentados em princípios em que o estudante deve ser o sujeito do seu processo ensino-aprendizagem, como cidadão capaz de aprender a aprender e de

buscar informações para resolver os problemas que surgem. Defendem a apropriação da realidade, que só se dá por meio da experiência prática e articulação teoria/prática, bem como a diversificação de cenários de aprendizagem, estimulando as metodologias participativas, integrando pesquisa e ensino.

De acordo com Franco (2004), formar profissionais em enfermagem é um processo que envolve múltiplas dimensões da vida humana, como por exemplo: o intelectual, o afetivo, o social, o estético, o cultural, o político e os diversos conhecimentos de diferentes áreas. Pode-se dizer, então, que a formação do profissional em enfermagem tem fundamento na teoria e na prática, sendo o campo da prática a área para concretizar essa articulação.

Acredita-se que o professor, atuando como mediador, instiga e favorece o aluno para vivenciar e confrontar as mais variadas rotinas e as mais variadas técnicas, colocando face a face teorias e práticas, levando o futuro profissional a desenvolver uma maneira diferenciada de intervir. Para isso, deve proporcionar estratégias relevantes para a solução de problemas vividos na atividade de assistência. Com relação a este aspecto os sujeitos referem que:

A formação inicial foi importante para a identificação de problemas e situações de risco associadas à teoria fundamentando a prática que pude vivenciar. (E2)

Franco (2004) também comenta que, no processo de formação, os enfermeiros têm acumulado uma bagagem de conhecimentos, organizados em redes de idéias conceituais em um modelo teórico. Sobre esses conhecimentos teóricos também se fundamenta a prática assistencial, que, em suas estruturas teóricas transmitem associações básicas, descrições de conceitos e sua interação com relação à natureza do meio que o rodeia. Na opinião do autor, o processo de formação deve atender às demandas mínimas da prática profissional, o que, apesar dos esforços realizados, não se tem demonstrado muito na realidade.

Waldow (1998) coloca que essa reflexão deveria iniciar-se nas escolas, pois os educadores de enfermagem têm um papel fundamental na forma como a prática de enfermagem se desenvolverá, através de metodologias que promovam o desenvolvimento do pensamento crítico, com a formação de profissionais mais conscientes e sensíveis.

Percebe-se, também, que a enfermagem tem demonstrado uma crescente avidez por novos conhecimentos, novas práticas, novas abordagens, em partilhar suas dúvidas, vivências e incertezas. Parece dar-se conta de que está enfrentando mudanças muito rápidas, que lhe afetam como ser humano, profissional de saúde que atua com outros seres humanos, como pode ser observado nas falas:

Como enfermeira, no âmbito da tomada de decisões complexas, vivenciei a importância da exploração máxima de minha capacidade cognitiva e da adaptação constante a novas situações e atualizações em busca da qualidade e excelência da assistência de enfermagem. (q E1)

É importante a associação da prática com a teoria fundamentada; capacidade de visualizar e atuar na resolução de problemas e desenvolver um senso crítico quanto às condutas realizadas. (q E2)

Com estas manifestações em relação ao contexto de formação, preocupa a construção do conhecimento destes profissionais enfermeiros, porém sabe-se que a superação do modelo “tecnicista” não é fácil. Contudo, cabe a reflexão a respeito e a busca por modelos que venham contribuir na mudança da realidade, que se sabe ser complexa, mas necessária. Assim, o profissional de enfermagem encontra-se hoje inserido em um mundo em transformação, num cenário sócio-cultural que exige dele o desenvolvimento de capacidades e de reflexão sobre o seu fazer.

Um enfermeiro fez a seguinte afirmação:

Apesar da consciência da sua real importância na prática assistencial, a SAE necessita romper paradigmas culturais, estruturais e fomentar uma política institucional voltada para o profissional enquanto sujeito e agente de mudanças em prol de uma visão holística e humanizada do cliente. (q E1)

Percebe-se na afirmação do sujeito de pesquisa a preocupação com a implementação da SAE como metodologia assistencial em enfermagem, destacando-se a necessidade da mudança. A afirmação propõe que a prática da enfermagem, de forma metodológica, requer mais do que conhecimentos e habilidades. Necessita também de apoio, vontade, ousadia e autonomia, para que seja implementada como um todo e as ações desenvolvidas possam garantir o cuidado ao cliente.

Refletindo sobre a realidade e vivendo uma época de transição paradigmática, na qual emergem diferentes formas de pensar as relações entre saberes e fazeres, percebe-se que diferentes áreas do conhecimento tratam com questões da vida, já compreendendo que a ciência e a tecnologia não são suficientes para resolver conflitos existentes e emergentes. A formação profissional dos enfermeiros carece de um novo olhar, que pode ser o pensamento complexo proposto por Morin (2001), segundo o qual, o conhecimento precisa ser estruturado sobre uma abordagem multidisciplinar.

Também, com relação aos paradigmas, nas suas manifestações, os sujeitos deixam transparecer a sua percepção quanto à necessidade de um olhar abrangente em relação ao cliente, utilizando a expressão “holismo” como uma maneira de ver o mundo, o homem e a vida como entidades únicas.

O processo de enfermagem nos foi ensinado como sistematização assistencial de enfermagem, importante ao cuidado do paciente hospitalar, visto que se viabilizaria o paciente sob todos os aspectos... (q E1)

É importante o cuidado intensivo com olhar holístico, porque o aluno aprende que o cuidado está além do físico. (q E12)

Considero importante o desenvolvimento da percepção e da observação. Em muitas situações o cliente não explicita suas necessidades. Devemos percebê-las e, para isso, devemos ter uma visão holística. (q E13)

Esse olhar holístico, que os sujeitos referem, parece ser, em relação à atenção por parte do profissional ao cliente que busca ser reconhecido durante o cuidado, como uma pessoa e

não como um determinado tipo de doença. Neste sentido, a teoria de enfermagem de Myra Levine coloca para a enfermagem a visão do homem como um “todo dinâmico em constante interação com o ambiente dinâmico” (HORTA, 1979, p. 11).

No caso da enfermagem, a transição de paradigma, na atualidade, segundo Ferreira (2003), decorre de um avanço das teorias de enfermagem. Com elas, a enfermagem vem evoluindo de uma prática fortemente voltada ao modelo biomédico para a construção de um sistema de classificação e organização de diagnósticos, intervenções e resultados, como ações específicas da totalidade do seu conhecimento; sendo isso o que constitui a centralidade da SAE. Isso se reflete no modo de pensar e construir o saber e o fazer da enfermagem, o que tem levado a uma prática não centrada apenas no biológico, mas fundamentada, principalmente, na complexidade que concebe o ser humano como alvo das intervenções de enfermagem.

A incorporação da forma de conhecer e colocar em prática os conhecimentos na enfermagem, de forma reflexiva, abre a possibilidade de superar a visão mecanicista e fragmentada construída no século XX. Embora fortemente caracterizada pela evolução da tecnociência, que proporcionou grandes benefícios para a sociedade, desencadeou um estado de crise da própria humanidade.

Diante do exposto, cabe a proposição para o ensino da enfermagem, de um paradigma educacional inovador que, independentemente de sua denominação, indique a visão das particularidades e transcenda, da mera reprodução, para a produção de conhecimentos e práticas, nas interações histórica e culturalmente constitutivas das próprias realidades em construção. Como defendem Silva, Raymundo e Behrens, “a superação da visão cartesiana de conviver tende a abrir espaço para uma atuação ética do homem, enquanto cidadão responsável pela construção de um mundo melhor para a humanidade em geral” (2002, p.7).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem, como uma atividade humana, desenvolveu conhecimentos do ponto de vista teóricos de maneira crescente, contando com teorias que fundamentam seu fazer, enquanto comunidade discursiva da qual decorre a especificidade do campo de atuação profissional.

O objetivo central da enfermagem é o cuidado ao ser humano, o qual vem sendo concebido à luz de teorias de enfermagem diferenciadas. A enfermagem é uma área específica do conhecimento humano, por sua vez constituída de uma multiplicidade de conhecimentos. Além dos conhecimentos disciplinares das ciências básicas e os curriculares, que demarcam as interfaces e limites da formação em enfermagem, o conhecimento profissional do enfermeiro é constituído de conhecimentos produzidos na interação com o campo de atuação profissional, sendo importante prestar atenção ao peso da formação ambiental, desenvolvida ao longo da vida do futuro profissional.

Contudo, o processo de assistência ou sua implementação no contexto de atuação profissional do enfermeiro requer a concretização de mudanças que atingem rotinas de trabalho de todos os profissionais da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro. Ela pressupõe a necessidade de cada um transformar-se, ou seja, modificar seu pensar, buscar seus modos de solucionar os problemas da prática, de perceber, de sentir, de interagir e de agir profissionalmente.

Nesse sentido, esta pesquisa chama a atenção para a importância de uma formação mais voltada para a compreensão de situações vivenciadas no cotidiano da atuação profissional do enfermeiro, diante de cenários complexos e contraditórios. De um lado, há a exigência quanto ao que é estabelecido pela legislação profissional, referendado pela academia sobre a essência da profissão; de outro, o que de fato se concretiza na realidade de atuação profissional.

A caminhada empreendida, direcionada pelos objetivos de buscar respostas quanto a percepções de enfermeiros relativas a sua formação e atuação profissional no âmbito da SAE em instituições de saúde hospitalares, na complexidade da ação, demonstrou que o espaço de transitoriedade está ocorrendo de forma lenta. Faz-se necessário, então, investir esforços na ampliação e qualificação das práticas no exercício da SAE.

A formação e a prática profissional do enfermeiro não podem ser vistas de forma simplista, muito menos a perspectiva de sua mudança, sendo a formação inicial ainda carente de transformações, capazes de superar os resquícios da racionalidade técnica. A formação já denota algumas linhas de mudança; porém, ela é, ainda, bastante marcada pelo olhar positivista.

A mudança de um perfil profissional, por vezes restrito a demandas do mercado de trabalho e lembrando, ainda, o modelo biomédico, com resquícios tecnicistas, por uma aposta em outro, voltado ao ideal da profissão, não é tarefa fácil. Porém, vem sendo desenvolvida, aos poucos, junto aos cursos de graduação em enfermagem.

O trabalho aponta para a importância de significar não só o discurso, mas as práticas cotidianas de enfermagem, na medida em que se fala de um cuidar em enfermagem que vai além das perspectivas científicas e domínio das técnicas. Se por um lado, um procedimento é teoricamente fundamentado e validado, conferindo rigor e segurança ao profissional, que

busca atualização, por outro lado, a prática é sempre permeada de incertezas, imprevisibilidades, conflitos de valores, simulando um terreno pantanoso (SCHÖN, 1983).

Os sujeitos interlocutores deste estudo destacaram a importância da SAE como cuidado individualizado, com qualidade, singularidade, resolutividade e humanismo, dimensão formativa importante na valorização profissional. Porém, os sentimentos expressos não demonstram a necessidade de mudanças no cotidiano de atuação profissional.

Outra categoria construída na análise dos resultados refere-se à tendência dos enfermeiros que atuam na prática da SAE em contexto hospitalar, de manterem o “status quo”. Isso denota a falta de flexibilidade, de autonomia, dinamismo e abertura para mudanças, bem como a iniciativa para propor e implementar novas formas de organização e de ação no exercício da SAE.

O estudo também demonstrou que os enfermeiros, no contexto da pesquisa, têm encontrado dificuldades na utilização da SAE, conforme atribuições legais, em função de obstáculos internos e externos à enfermagem. Associam o processo de enfermagem ao cuidado individualizado, mas frequentemente não conseguem implementar esse cuidado, embora acreditem que a metodologia oferece respaldo e segurança. Além disso, contribui para a credibilidade, competência, visibilidade da enfermagem e conseqüentemente, para a autonomia e satisfação profissional.

Os motivos da não implementação da SAE, de forma sistemática, nas instituições de saúde, onde os sujeitos de pesquisa atuam, deve-se, primeiramente, à falta de instrumentos de registro adaptados às suas etapas. A seguir, pelas dificuldades com a abrangência de atuação do enfermeiro, a pouca flexibilidade dos profissionais e o reduzido número de profissionais no âmbito institucional para o desenvolvimento da SAE como função privativa. Além disso, o planejamento escasso, a estrutura e a cultura da organização, que não estimula o profissional

enquanto agente de mudanças. E, finalmente, a falta de divisão de tarefas, sobrecarregando e desviando a atenção do enfermeiro para funções que podem ser realizadas por outras categorias de enfermagem, dentre outras dificuldades.

Ficou clara a percepção da importância na formação inicial, como quesito para a atuação profissional na SAE, da relação entre teoria e prática, indicando que a SAE supõe tal relação, e que no ensino prático o aluno conte com diversas ferramentas necessárias para desenvolver a SAE na sua totalidade. Uma das dificuldades apontadas é a insuficiência da prática da SAE em contexto hospitalar, transparecendo ainda, neste caso, apesar dos esforços, a dicotomia entre teoria e prática. Esta, aponta para a importância das ações de sistematização do cuidado, em que pese a diversidade de posturas frente à SAE, demandando uma maior atenção, na formação inicial do enfermeiro.

Levando-se em consideração os resultados da pesquisa, referenda-se a essencial responsabilidade dos educadores em enfermagem na adequação do ensino e da formação, frente a novas perspectivas. Reitera-se a importância de provocar formas de problematização concernentes à tomadas de consciência quanto ao ensino da SAE, na perspectiva de promover um ensino contextualizado, capaz de estimular o acadêmico à atitude de reflexão e de busca por subsídios e fundamentos teóricos aliados à prática profissional, durante sua formação inicial. Isso, considerando depoimentos dos sujeitos de pesquisa, quanto a insatisfações perante uma formação que não supre lacunas na relação entre teoria e prática no exercício da SAE.

Após muitas leituras, reflexões e construções de sentido relativas ao ensino e a prática da SAE, superando inclusive o recorte da própria pesquisa, cabe reconhecer que a enfermagem enfrenta uma situação paradoxal, na medida em que os sistemas operacionais das instituições não têm dado sustentação aos avanços necessários no processo de cuidar. Em

tempos de tal transformação torna-se mister desenvolver processos de mudança que superem o pensamento linear e fragmentado, considerando a participação dos sujeitos na dinâmica das mudanças de si e da realidade em que atuam profissionalmente.

Remete-se à importância dos resultados desse estudo, inicialmente, ao que eles acrescentaram em termos de crescimento profissional, pela melhor compreensão do percurso histórico e contextual da profissionalização da enfermagem, bem como, à possibilidade de contribuição para a superação de dificuldades, inerentes à transição paradigmática organizadora do ensino de enfermagem no Brasil.

Tem-se a certeza de que são muitos os limites e possibilidades para a enfermagem ser considerada em seu devido valor, estando realmente a serviço do ser humano. Isso, se os profissionais em todas as áreas de atuação buscarem novas atitudes aliadas ao comprometimento necessário. Nada acontece sem iniciativa, esforços e atitudes; portanto, tem-se, ao final, um novo desafio: compartilhar a experiência na expectativa de que profissionais das diversas áreas de atuação, tanto do ensino na universidade, quanto assistencial em contexto hospitalar, possam ampliar os estudos, as reflexões e as ações, não deixando que o ensino e a efetivação da SAE, em toda sua amplitude, fique à mercê da utopia.

Ao final deste estudo, que permitiu discutir resultados construídos e analisados na pesquisa, cabe dirigir o olhar para a realidade de inúmeros cursos de formação em enfermagem, que ainda não denotam perspectivas de mudança, que possam fazer frente às críticas de ampla carência de espaços organizados, possibilitadores de interações ricas e fecundas dos sujeitos. É preciso que se possibilitem avanços nas concepções e práticas formativas propiciadas aos futuros enfermeiros. No olhar lançado, vislumbram-se, num intuito provocativo, perspectivas de mudança em três níveis:

1- Melhorias na formação em específicos espaços de construção do saber.

A constituição de um currículo mais adequando em termos de organização e preocupação, frente ao processo de ensino, de aprendizagem e de formação profissional é necessária. Como área do conhecimento, a enfermagem precisa reconhecer os diferentes saberes que emergem, não somente das ciências básicas, mas, também, de outras áreas que co-participam na formação de um profissional, com olhar voltado às características da vida humana. Destaca-se o incentivo na produção e publicação de trabalhos de pesquisa que, além de uma formação alicerçada nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, possam contribuir para a projeção da enfermagem, possibilitando aos profissionais se colocarem de maneira segura frente a outros e frente a situações que se apresentem no cotidiano profissional.

2- Articulação do processo formativo como um todo.

Através de vivências que transcendam a academia e o aspecto estritamente didático e possam envolver os profissionais atuantes nas instituições, num movimento de parcerias em que todos possam enriquecer-se mutuamente, formar redes verdadeiramente a serviço da saúde.

3- Melhorias no âmbito específico da formação para o exercício da SAE.

Isso, mediante um ensino contextualizado, despertando no futuro profissional a reflexão, o pensamento crítico e a atitude de aprender a aprender em cada nova situação enfrentada no cotidiano, onde as respostas não estão prontas e precisam ser reelaboradas. Portanto, desenvolver a aptidão para contextualizar e globalizar os saberes torna-se imperativo na formação do futuro enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, Isabel; RUA Marília. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Revista Contexto Enfermagem**, jul-set; 14(3): 373 - 82 Florianópolis, 2005.

ALBERTINO, Maria de Fátima; SOUZA, Nádia Aparecida. A formação de um profissional reflexivo. **Revista Contexto & Saúde**. Ano 02, nº 04, Jan/jun, Ed. UNIJUI, Ijuí, 2003.

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. Trad. Regina Garcez. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, 283 p.

ALMEIDA, Maria Cecília; ROCHA, P.; JUAN, S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

BACKES, Dirce Stein; ESPERANÇA, Marilene Pereira; AMARO, Arnaldo Madruga; CAMPOS, Andréa D Oliveira da Cunha; SCHWARTZ, Eda. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Sci**, Maringá, v. 1, p. 25-29, 2005. Disponível em: <<http://www.ppg.uem.br/docs/ctf/saúde>> Acesso em: 15 dez 2005.

BACKES, Vânia Marli Schubert. **Estilos de pensamento e práxis na enfermagem; a contribuição do estágio pré-profissional**. Ijuí: Ed. Unijui, 2000, 272p.

BARBOSA, M; BRASIL, V.V.; SOUSA, A.L.L.; MONEGO, E.T. Refletindo sobre o desafio da formação do profissional de saúde. **Revista Brasileira de enfermagem**. set/out, 56(5): 574-576; Brasília, 2003.

BERARDINELLI, Lina Márcia M.; SANTOS, Mauro Leonardo C. Santos. Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, jul-set, Florianópolis, 2005.

BETTINELLI, Luiz Antonio. **Cuidado solidário**. Passo Fundo: Pe. Bertier, 1998, 172 p.

BOFF, Leonardo. **O saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, 199 p.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1998.

_____. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, 1996.

CAPALBO, Creusa. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis. Anais. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1984.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARR, W.; KEMMIS, S. **Teoria crítica de la enseñanza: la investigación-acción en la formación del profesorado**. Barcelona. Espanha: Martinez Roca, 1988.

CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. Goiânia: AB, 1997.

CARRARO, Telma Elisa; KLETEMBERG, Denise Freuez; GONÇALVES, Luciana Maria. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Revista Brasileira de enfermagem**, set/out p.499-501; Brasília, 2003.

CARRARO, Telma Elisa. Metodologias para a Assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. In: **Sobre Teorias e Marco Conceitual: sua influência na metodologia da assistência**. WESTPPHALEN, M. E. A, CARRARO, T. E. Org. Goiânia: AB, 2001.

CARVALHO, E. C; ROSSI, L, A. A construção do conhecimento da enfermagem: coletânea de trabalhos In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. (Org). **II Seminário de Pesquisa da Rede de Enfermagem do Nordeste**, João Pessoa: UFPB,1999.

CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas; GOMES, Jomara Brandini, A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. **Revista Latino Americana de enfermagem**, maio de 2002. Disponível em < <http://www.scielo0.br/scielo.php?scpt>> Acesso em: 10 jul 2006.

CESTARI, Maria Elizabeth. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. abr. 24 (1): 34-42. Porto Alegre (RS), 2003.

CHALMERS, A.F. **O que é ciência afinal?** São Paulo: Brasiliense, 1993.

CHOI, E.C. Evolución del desarrollo de la teoría de enfermería. In: MARRINER, A. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Rol, 1989.

COFEN – **Resolução 272 de 27 de agosto de 2002**. Disponível em < <http://www.portalcoren-rs.gov.br>. Acesso em: 11 maio 2006.

COLLÍERE, Maria Françoise. **Promover a vida. Da didática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COREN – RS. Lei 7.498 de 25 de julho de 1986. **Lei do Exercício Profissional da Enfermagem**. Disponível em < <http://www.portalcoren-rs.gov.br>. Acesso em: 11 maio 2006.

COSTA, Fátima Neves do Amaral. **Visitando a prática pedagógica do enfermeiro professor**. São Carlos, São Paulo, 2003.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF; Mec UNESCO, 1999.

DEMO, Pedro. **Desafios modernos da educação**. Petrópolis: Vozes, 1992.

FARIA, Josimerei I. L.; CASAGRANDE, Lisete D.R. Educação para o século XXI e professor reflexivo na formação de enfermeiros. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n.5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.php?script=sci>. Acesso em: 02 maio 2006.

FAUSTINO, R.L.H; MORAES, M. J. B.; OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Jul/ago, 343-347, Brasília, 2003.

FERREIRA, Heliane Moura. A totalidade do conhecimento da enfermagem: uma abordagem curricular. **Acta Paul Enf.**, V. 16, n.1, p. 56-65, São Paulo, 2003.

FRANCO, Brenda Eugenia Corona. **O significado do ensino do processo de enfermagem para o docente**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004. 190 f. Tese (Doutorado).

FREIRE, Paulo. **Teoria e prática da libertação**. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980, 79 p.

_____. **Educação e mudança**. 27 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003, v. 1.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 11 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996, 165 p.

FREIRE, Paulo; FREIRE, Ana Maria Araújo (org). **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: UNESP, 2001.

GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L; CARVALHO, E. C. **Nursing process: application to the professional practice**. Online Brazilian Journal of Nursing. V.3, n.2, p. 1-17. 2004. Disponível em: <at:www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm>. Acesso em: 16 abr 2006.

GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L.M. (Org). **A construção do conhecimento da enfermagem: coletânea de trabalhos**, 1999. UFPB, II Seminário de Pesquisa da Rede de Enfermagem do Nordeste, realizado em João Pessoa em 1997.

GOMES, A.P.O. pensamento prático do professor: a formação do professor como profissional reflexivo. In: NÓVOA, A. (Org). **Os professores e a sua formação**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1992.

HORTA, Wanda de Aguiar, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 100 p.

IDE, Cilene Aparecida Costardi. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar.** Cilene Aparecida Costardi Ide, Edvane Birelo Lopes de Domenico. São Paulo: Atheneu, 2001, 182 p.

LÜDKE, Menga; ANDRE, Marli. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1996.

LUNARDI, Valéria Lerch. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem.** Pelotas: UFPel, 1999.

MEYER, D.E; KRAUSE, M.H.L. Acerca das diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Jul/ago, 56(4): 335-339, Brasília, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINISTÉRIO da SAÚDE (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília.

MOREIRA, Almerinda. **Profissionalização da enfermagem brasileira.** Almerinda Moreira, Taka Oguisso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 152 p.

MORIN, Edgar. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana.** Trad. de Sandra Trabucco Valenzuela; São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Tradução de Eloá Jacobina. 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2006, 128p.

PAIM, L. **Conceitos e visões teóricas.** Florianópolis. UFSC. Repensul/Espensul, 1991.

PEREZ, Angel Gomes. Formar professores como profissionais reflexivos. In. NÓVOA, António (org). **Os professores e sua formação.** Lisboa: Dom Quixote, 1998.

RODRIGUES, Rosa Maria. **Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil: Contexto, conteúdo e possibilidades para a formação.** Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2005. 195 f. (Tese de Doutorado),

SANTOS, S. R. **Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explicito.** Universidade Federal da Paraíba, Brasil, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/xxxx>>. Acesso em: 02 mar. 2006.

SILVA, E.F de S; RAYMUNDO, G. P; BEHRENS, M. A. Paradigmas contemporâneos e a educação superior. **Revista Diálogo educacional**, v.3, nº5, p 87-103 Jan/abril, Curitiba, 2002.

SILVA, Graciete B. da. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1989.

SCHÖN, A. Donald. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, 256 p.

_____. **The reflective practitioner. How professionals think in action**. New York: Basic Books, 1983.

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

TORRES, Santomé J. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

TRENTINI, M; PAIM, L. Assistência e pesquisa em enfermagem uma abordagem convergente assistencial. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. v.10, n. 1, p. 11-31, jan/abr. Florianópolis, 2001.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do Pensamento e da Linguagem**. Tradução de Paulo Bezerra, São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, dez, 2002, p.1-11. Disponível em: <http://www.scielo.php?script=sci>. Acesso em: 02 maio 2006.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra, 1999.

_____. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea/** organizado por Dagmar Estermann Meyer, Vera Regina Waldow e Marta Júlia Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ANEXOS

**ANEXO 1 - INSTRUMENTO PARA REGISTRO
DE INFORMAÇÕES (QUESTIONÁRIO)**

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL – UNIJUI
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO NAS CIÊNCIAS – MESTRADO**

INSTRUMENTO PARA REGISTRO DE INFORMAÇÕES

PARTE I: Sobre o Perfil dos Sujeitos de Pesquisa

1 - Idade:

2 - Sexo: feminino masculino

3 - A instituição hospitalar onde você atua é: particular filantrópica

4 - Qual o porte da instituição hospitalar onde atua ?

hospital de pequeno porte

hospital de médio porte

hospital de grande porte

5 - Tempo da atuação profissional no atual emprego:

6 - Jornada diária de trabalho:

7 - Ano de conclusão do curso de graduação:

8 - Comente percepções sobre a importância do curso de graduação para sua formação profissional.

9 - Realizou algum curso de Pós - Graduação após a conclusão do curso de enfermagem?

Sim

Não

Estou cursando

10 - Participou ou participa de algum programa de formação continuada relacionada à área de atuação profissional?

Sim

Não

PARTE II: Sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A história da enfermagem mostra que na década de 70, o Processo de Enfermagem passou a ser utilizado como forma de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Este movimento teve origem nos Estados Unidos e se espalhou para outros contextos e realidades. No Brasil, também nesta época, as escolas de enfermagem incorporaram a metodologia do cuidado sistematizado, o que vem evoluindo em termos de abordagem e fundamentação até os dias de hoje. As questões que seguem referem-se, especificamente a sua prática da SAE em contexto hospitalar e a sua formação para o exercício da mesma.

1 - A SAE, como processo integrador e articulador da assistência de enfermagem, representa um instrumento capaz de assegurar, por um lado, a qualidade e a continuidade da assistência aos envolvidos e, por outro lado, um instrumento importante para a administração e controle de recursos, além do próprio cumprimento de exigências legais. Como você percebe a realidade do trabalho no dia-a-dia da rotina hospitalar, na prática da SAE. Procure comentar, o que, do seu ponto de vista, está funcionando bem e o que não está.

2 - Como você se percebe, como profissional enfermeiro, dentro da realidade da prática da SAE?

3 - A Lei 7.498/86 regulamenta o exercício profissional da enfermagem e, por sua vez, a Decisão COFEN 272/2002 orienta sobre a implementação da SAE nas instituições de saúde. Se você percebe dificuldades no âmbito de sua atuação profissional, de colocar em prática a SAE e de cumprir esta legislação, quais seriam as sugestões para melhorar esta realidade?

4 - Como você percebe os possíveis aspectos relacionados à valorização profissional do enfermeiro na prática da SAE?

5 - Quais os conhecimentos você acredita que sejam necessários para o exercício da SAE em contexto hospitalar?

6 - Como você percebe a SAE, como possível forma de articulação dos conhecimentos teóricos e práticos da formação profissional do enfermeiro?

7 – Especificamente, quanto à atuação do profissional enfermeiro no âmbito da SAE, em seu ponto de vista, quais aspectos você considera mais importantes na formação do profissional? Por quê?

8 - Comente possíveis influências do ensino da SAE em seu curso de formação inicial para o exercício da SAE, na prática hospitalar.

9 - Procurando hoje, rever, a sua formação inicial, considerando tanto as aulas teóricas quanto as práticas, especificamente quanto à prática da SAE, qual a sua percepção:

a - Em que a formação inicial foi importante?

b - Em que a formação inicial foi deficiente, ou em que poderia ter sido diferente?

c - Quanto ao contexto da formação, houve relações entre teorias e práticas?

10 - Que outras vivências, como acadêmico, teriam influenciado na construção do seu conhecimento profissional, quanto à prática da SAE?

11 - Comente possíveis influências de alguma modalidade de formação continuada, vivenciada por você, no âmbito da SAE, para o exercício da prática hospitalar.

12 – Caso tenha realizado cursos de Pós – Graduação, comente sobre a importância dos mesmos para a sua formação no âmbito da SAE.

13 - Caso queira, expresse possíveis (outras) idéias, percepções, pontos de vista, em especial, quanto a sua prática e formação profissional, no âmbito da SAE.

ANEXO 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL – UNIJUI
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO NAS CIÊNCIAS – MESTRADO**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1- Procure lembrar uma possível situação vivida na sua prática profissional, na qual você considera que sua atuação tenha sido bem sucedida em relação a SAE.

a – Procure contar o que aconteceu, como se desenrolou.

b – Por que considera bem sucedida?

c – Procure descrever os procedimentos técnicos envolvidos nessa prática.

d – Procure lembrar, possíveis fontes (origens) de conhecimentos práticos/técnicos que você lançou mão. Onde aprendeu? Com quem ?

e – E quanto aos conhecimentos teóricos (fontes, origens)?

2 – Procure também lembrar uma possível situação que você considera não bem sucedida. Qual o motivo e que conhecimentos técnicos ou teóricos teriam faltado?

3 - Sua formação profissional deve ter-lhe possibilitado a apropriação de teorias (explicações, conceitos, conteúdos, significados de conceitos...). No seu ponto de vista, quais teorias você teria lançado mão nesta situação real relatada? Ainda procure lembrar prováveis conhecimentos que você considera como teóricos, e que teria lançado mão, de alguma forma, nesta situação prática.

4 – Procure lembrar, uma situação real na qual, você considera que teria havido alguma forma de associação entre conhecimentos teóricos e procedimentos técnicos em relação à SAE.

5 – Na sua opinião quais saberes e fazeres integram o conhecimento profissional do enfermeiro quanto à SAE.

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL – UNIJUI
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO NAS CIÊNCIAS – MESTRADO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A presente pesquisa se propõe a identificar e analisar percepções de enfermeiros egressos de um curso de enfermagem de uma universidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul sobre o ensino da sistematização da assistência de enfermagem e possíveis influências na implementação da mesma no exercício de enfermagem hospitalar, buscando compreensões concernentes a relações entre teorias e práticas na formação profissional do enfermeiro, em relação ao cuidado sistematizado.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que será realizada a partir de registros de informações junto a 16 enfermeiros que atuam em enfermagem hospitalar, justificando-se pela importância de estudos que venham a contribuir para a formação do enfermeiro, analisando em nível teórico e prático a problemática concernente ao que estabelece a legislação do exercício profissional da enfermagem quanto à importância do cuidado sistematizado em benefício ao ser humano e o que é praticado nas instituições de saúde.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa não incorrerão em nenhum risco advindo de sua participação. Poderão obter benefícios através do acesso aos resultados da pesquisa e dos avanços na compreensão da problemática da realidade em estudo quanto a formação e atuação dos enfermeiros. Além disso, a mesma pode propiciar aos profissionais, instituições formadoras e instituições de saúde, possibilidades de reflexões relativas à importância do cuidado sistematizado e observação da legislação do exercício profissional do enfermeiro, como forma de valorizar a profissão e assegurar a sociedade como um todo o seu direito.

Aos participantes será assegurado:

- o anonimato aos sujeitos de pesquisa e instituições (formadora e empregadora);
- a possibilidade de desistir da participação da pesquisa, a qualquer momento, podendo solicitar que suas informações sejam desconsideradas no estudo, sem nenhum constrangimento;
- a liberdade de acesso aos resultados da pesquisa;
- que as informações coletadas serão utilizadas apenas na elaboração da dissertação de mestrado em Educação nas Ciências da Unijui e em possíveis publicações referentes à mesma.

A pesquisa será realizada pela Enfermeira Maria Cristina Meneghete, residente à Rua Antunes Ribas 554, apto 402, na cidade de Santo Ângelo, RS; endereço profissional Rua Antonio Manoel, 701, na mesma cidade, E-mail (mcristina@via-rs.net). Os telefones (0XX) 55 3312-3379 (residencial) e (0XX) 55-3313-2000 (profissional) ficam à disposição para contatos a qualquer momento em caso de dúvidas, esclarecimentos ou reclamações. A mesma está sendo orientada pela Dr^a Lenir Basso Zanon, Professora do Programa de Pós-graduação em Educação nas Ciências – Mestrado da Unijui.

Considerando-me devidamente esclarecido (a), concordo em participar da pesquisa.

Local e Data

Assinatura do Participante

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)