UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS CULTURAIS

CLARA FELÍCIO BARRETO ZATYRKO

Representações da dor para o enfermeiro docente: um estudo etnográfico num curso técnico de São Paulo

São Paulo
2019

CLARA FELÍCIO BARRETO ZATYRKO

Representações da dor para o enfermeiro docente: um estudo etnográfico num curso técnico de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Filosofia pelo Programa de Pós-graduação em Estudos Culturais.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 13 de junho de 2019. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 3 de outubro de 2011.

Área de Concentração:
Estudos Culturais

Orientadora:
Profa. Dra. Régia Cristina Oliveira

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO
(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)
CRB 8 - 4925

Zatyrko, Clara Felício Barreto
Representações da dor para o enfermeiro docente: um estudo etnográfico num curso técnico de São Paulo / Clara Felício Barreto Zatyrko ; orientadora, Régia Cristina Oliveira. – 2019
122 f.

Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo.
Versão corrigida

1. Enfermagem - Estudo e ensino - São Paulo. 2. Dor - Representação. 3. Ensino profissional e técnico - São Paulo. 4. Enfermeiros. 5. Docentes. I. Oliveira, Régia Cristina, orient. II. Título

CDD 22.ed.- 610.7307

Nome: ZATYRKO, Clara Felício Barreto

Título: Representações da dor para o enfermeiro docente: um estudo etnográfico num curso técnico de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Filosofia pelo Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais.

Aprovado em: 13/06/2019

Banca Examinadora

Profa. Dra. Sonia Nussenzweig Hotimsky

Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo

Profa. Dra. Eunice Almeida da Silva

Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades

Prof. Dr. Ricardo Gonçalves Barreto

Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu esposo, Abrão, à minha filha, Clara, e ao meu neto, Lorenzo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo. Por toda coragem, luz, determinação e força na escolha da direção correta a tomar e por dar-me a oportunidade de conhecer tantas pessoas boas que têm cruzado o meu caminho ultimamente. Agradeço a Ele todas as vitórias e conquistas alcançadas durante a minha vida.

Agradeço à minha família, meus pais (*in memoriam*), a minha irmã, Marisa, força inspiradora durante toda a minha trajetória de estudos. Agradeço especialmente ao meu esposo, Abrão, à minha filha, Clara Cristina, ao meu genro, Rafael, e ao meu neto, Lorenzo, que são o maior presente que Deus poderia ter me dado nesta vida. Por toda felicidade, carinho, compreensão, apoio, incentivo, dedicação encontrados na minha querida família, que sempre fará parte de cada vitória.

À Profa. Dra. Regia Cristina Oliveira, minha orientadora e amiga, pela confiança em mim depositada. Agradeço por ter acreditado no meu potencial e por todas as oportunidades que me deu. Sabe que é muito mais que uma orientadora, que, além de sabedoria e competência, possui uma grande determinação, dinamismo e carisma, que a tornam uma pessoa muito especial e fazem com que todos queiram estar à sua volta. Muito obrigado por tudo, Regia, este trabalho tem muito de você.

Ao Prof. Dr. Ricardo Gonçalves Barreto, meu professor e também amigo, pelo qual tenho muita estima e admiração, e me propiciou um grande aprendizado, pela assistência, apoio e tempo dedicado durante este trabalho.

À professora Dra. Eunice Almeida da Silva, pela importante contribuição para a construção de todo este material. Sua ajuda foi imprescindível, especialmente para uma melhor compreensão da formação do professor de enfermagem.

Ao Prof. Dr. Thiago Borges Aguiar, pelo incentivo e apoio incondicionais durante todos esses anos de estudo. A paixão pelas letrinhas que fez com que nos aproximássemos, tornando-se também um amigo especial que ganhei nessa trajetória.

Agradeço a todos os professores de enfermagem da ETEC Parque da Juventude, meus colegas de profissão e que tanto contribuíram para este estudo. Agradeço especialmente à diretora Marcia Loducca, e às coordenadoras de enfermagem Mercedes Cofiel e Valeria Reigada. Sem o apoio e a compreensão de vocês, teria sido impossível chegar até aqui. Vocês, de verdade, apoiaram meu crescimento intelectual, muito obrigada.

Agradeço à professora e amiga Anna Carolina Martins, que esteve lado a lado comigo no desenvolvimento deste trabalho. Agradeço ainda a todos os professores da pós-graduação, que estiveram ao meu lado, ajudando a construir a pessoa que me tornei. E, ainda, agradeço a todos os meus alunos do curso de enfermagem, que acompanharam os meus passos até aqui, e aos meus queridos pacientes, que estiveram sob os meus cuidados nesse período de estudos e que me ajudaram a compreender a dimensão social da dor.

“Todo mundo é capaz de dominar uma dor, exceto quem a sente”

(Shakespeare, 1600, p.78)

RESUMO

ZATYRKO, Clara Felício Barreto. **Representações da dor para o enfermeiro docente:** um estudo etnográfico num curso técnico de São Paulo**.** 2019. 122 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Versão corrigida.

Essa pesquisa buscou identificar a representação sobre a dor dos enfermeiros docentes do ensino médio, e sua relação com o processo de ensino-aprendizagem sobre o assunto, tanto na teoria quanto na prática da assistência de enfermagem. Metodologicamente, a pesquisa teve abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em uma escola técnica na zona norte de São Paulo. Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas, com enfermeiros docentes, observações em sala de aula, em cujo planejamento constava o ensino da dor. Esta etapa teve como objetivo observar a estratégia de ensino-aprendizagem da dor. O estudo revelou que, para os enfermeiros investigados, a dor representa sofrimento. Dois aspectos ajudam a entender essa associação: o primeiro refere-se à desvalorização profissional no ambiente de trabalho. Nas entrevistas, a desvalorização apareceu associada à dor com regularidade. O segundo aspecto refere-se à ingratidão dos pacientes. A maioria dos entrevistados demonstrou que a ausência de gratidão por parte dos pacientes lhes causa dor. Diante da dor em suas diferentes dimensões física, moral e social, o enfermeiro mobiliza sua "bagagem" cultural e profissional. Enquanto a dor física é tratada com antálgicos, a dor da desvalorização social é enfrentada com investimentos na formação profissional. É possível observar uma relação clara entre a representação sobre a dor pelo enfermeiro docente e o processo de ensino-aprendizagem sobre a dor. Ancorados nessas representações, as estratégias de ensino utilizadas pelos enfermeiros docentes são, na sua maioria, aulas expositivas, dialogadas, com auxílio de *slides*, bastante semelhantes com a maneira pela qual o enfermeiro docente relata ter aprendido na graduação. Sobre avaliação da dor, as ferramentas mais utilizadas são prova escrita, chamada oral, apresentação de trabalhos em grupo e seminários. Os enfermeiros revelam ter dificuldade em avaliar o aprendizado sobre dor devido à subjetividade do tema. Conclui-se que o fato da dor representar sofrimento para o enfermeiro docente faz com que o assunto seja evitado, ao mesmo tempo em que o profissional se sente desmotivado para ensinar algo que não lhe causa boa sensação. Essa representação sobre a dor interfere em todas as etapas do processo de

ensino-aprendizagem, podendo acarretar prejuízo na formação do técnico de enfermagem em relação ao cuidado dos pacientes com queixa de dor.

Palavras-chave: Enfermagem. Dor. Representação. Sofrimento. Docência.

ABSTRACT

ZATYRKO, Clara Felício Barreto. **Representations of pain for the teaching nurse:** an ethnographic study in a technical school in São Paulo. 2019. 122 f. Dissertation (Master in Philosophy) - School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo, 2019. Adjusted version.

This research aimed at identifying the representation on the pain by High School teaching nurses, and their relationship with the learning-teaching process of the issue, in relation with both the nursing assistance theory and practice. Methodologically, the research had a qualitative approach. The study was conducted in a technical school in São Paulo's North Region. There were 12 semi-structured interviews with teaching nurses, and classroom observations in classes whose planning included teaching about pain. This step was aimed at observing the teaching-learning strategy of pain. The investigation shows that, for the nurses investigated, the pain stands for suffering. Two aspects help us understand this association: the first relates to the professional devaluation in the workplace. In the interviews, the devaluation was associated to the regular pain. The second relates to the ingratitude of patients. Most of the interviewees has demonstrated that the absence of gratitude of patients causes them pain. In front of the pain in its physical, moral and social dimensions, the nurse mobilizes his/her cultural and professional background. Whereas the physical pain is treated with analgesics, the pain caused by social devaluation is addressed with investments in professional qualification. It is possible to remark a clear connection between the teaching nurse's representation on pain and the teaching-learning process of the pain. Based on these representations, the teaching strategies used by the teaching nurses, mostly dialogic, slides-based lectures, are quite similar to the ones by which the teaching nurse him-/herself reports to have learned in his/her undergraduate course. On the pain assessment, the most used tools are written and oral tests, group works and seminars. The nurses report difficulties in evaluating the learning about the pain due to the topic's subjectivity. The conclusion is that the pain standing for suffering for the nurse leads to the topic being avoided, as well as the professional being unmotivated to teach what does not cause him/her a good feeling. This representation on the pain interferes in all the teaching-learning process' steps, which is likely to undermine the nursing technician's qualification in the care of patients complaining of pain.

Key words: Nursing. Pain. Representation. Suffering. Teaching.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escala numérica para avalição da dor 101
Figura 2 - Escala de faces para avalição de expressão de dor 101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados. 32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermeiros
AHRQ	Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública
APS	Sociedade Americana da Dor
CEETEPS	Centro de Educação Estadual Tecnológico Paula Souza
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFE	Conselho Federal de Educação
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNE	Conselho Nacional de Educação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EECVB	Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira
EEDN	Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EPEE	Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras
ETEC	Escola Tecnológica de Educação
ETIN	Ensino de Formação a Nível Médio
EVA	Escala Visual Analógica
FATEC	Faculdade de Tecnologia
IASP	International Association for the Study of Pain
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NSA	Nova Sociologia da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PLE	Projeto Larga Escala
PNA	Plano Nacional de Alfabetização
PTD	Plano de Trabalho Docente
SBED	Sociedade Brasileira para Estudo da Dor
SESU	Secretaria de Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
2 PERCURSO METODOLÓGICO 20
2.1 O lugar de onde fala a pesquisadora 20
2.2 Abordagem qualitativa 21
2.3 Local da pesquisa 21
2.4 Caracterização do campo de pesquisa ETEC Parque da Juventude 22
2.5 Um pouco da história segundo seus fundadores: curso técnico de enfermagem 24
2.6 Técnicas de pesquisa 25
2.7 Iniciando contato com informantes e com roteiro de entrevistas: pré-teste 25
2.8 Perfil dos entrevistados: relações de gênero e geração 28
2.9 Observação etnográfica com registro em diário de campo 35
2.9.1 Análise a partir da interpretação 37
2.9.2 Observações de campo 38
2.9.3 Entrevistas 43
2.9.4 Em sala: aulas teóricas sobre dor 44
3 DIMENSÕES DA DOR 47
3.1 Dor e cultura 47
3.2 Dimensão social da dor 53
3.3 A dor como relação do indivíduo com a sociedade 57
3.4 Dor física: objetivação e quantificação da dor 61
3.5 A dor como experiência e aprendizado 63
3.6 Dor emocional: a referência ao universo psicológico 65
4 ENFERMAGEM: FORMAÇÃO PARA O ALÍVIO DA DOR 66
4.1 Enfermagem como cultura 66
4.2 Formação acadêmica do enfermeiro docente e o ensino da dor 69
4.3 Formação do enfermeiro a nível médio: como tudo começou 73
4.4 Os programas de ensino e as escolas de enfermagem 74
4.5 Pedagogia Tecnicista e a formação do enfermeiro docente 78
4.6 Projeto Larga Escala: um novo paradigma na formação de enfermagem a nível médio 81
4.7 Estratégias de ensino utilizadas pelo enfermeiro 88

4.8 Ferramentas de avaliação da aprendizagem da dor 95
4.9 O campo social da enfermagem e seus agentes 97
5 PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA DOR.....102
5.1 Tratamentos não farmacológicos no alívio da dor.....105
5.2 A dor para o enfermeiro docente a nível médio 108
6 COMENTÁRIOS FINAIS 118
REFERÊNCIAS.....122
ANEXOS 134

1 INTRODUÇÃO

Durante minha atuação como enfermeira assistencial e também como enfermeira docente, a dor do paciente sob meus cuidados sempre me chamou atenção. A frustação maior era a impotência diante dela, especialmente quando se esgotavam os recursos não farmacológicos, como terapias de aplicação de calor ou frio, mudança de decúbito, e uma boa conversa, conhecida como "papoterapia", que muitas vezes era a melhor alternativa, com excelente efeito placebo. Várias vezes logrei sucesso contra a dor, conseguindo que o paciente sorrisse aliviado para mim após uma intervenção feita. Porém, quando o paciente permanecia com a queixa de dor, o sofrimento dele tornava-se também o meu sofrimento.

Ensinar sobre dor sempre foi um dos meus maiores desafios como enfermeira docente, dada a subjetividade do assunto, a individualidade de cada um em sua queixa e as diferentes respostas frente à dor. A abstração que a dor representa, juntamente com a falta de precisão para mensurá-la, são fatores que sempre colaboraram para que seu ensino representasse um desafio na minha carreira como docente.

Esse desafio pode ser considerado o fio gerador para a realização deste estudo, que me levou a buscar respostas que me ajudassem a compreender por que a dor continua sendo uma queixa tão comum e difícil de ser tratada nas instituições de saúde e qual é a participação do enfermeiro docente nesse processo.

A dor do paciente é um dos problemas de enfermagem de maior urgência, porque esse desconforto impede que o indivíduo realize qualquer outra atividade, podendo alterar seus parâmetros vitais e fazer piorar seu prognóstico. Uma pessoa com dor não consegue comer ou dormir; toda sua atenção está concentrada na dor e o enfermeiro é um dos profissionais de saúde responsáveis por promover o alívio da dor ou manter a dor suportável para o paciente.

O docente de enfermagem do ensino médio é responsável por ensinar aos futuros técnicos de enfermagem como avaliar e aliviar a dor do paciente, e esse ensinar inicia-se na teoria, nos bancos da sala de aula, e continua, depois, no laboratório, no campo de estágio e, por fim, na vida profissional. O aprendizado sobre dor vai depender muito desse processo que é mediado pelo enfermeiro docente.

Nesse sentido, as representações da dor tornaram-se objeto de investigação deste estudo, que busca, apreender a dor no cotidiano dos enfermeiros docentes do ensino médio e sua relação com a maneira de ensinar, buscando analisar as estratégias de ensino

utilizadas para abordar o ensino teórico e prático da dor e conhecer os instrumentos de avaliação de que os docentes fazem uso para acompanhar a aprendizagem dos seus alunos.

Neste estudo, a dor é compreendida em sua dimensão social. Entende-se que o enfermeiro docente participa na teoria e na prática desse processo, uma vez que é dado a ele a tarefa do alívio da dor e do ensino desse assunto na formação do técnico de enfermagem. Nesse aspecto, sua representação de dor pode influenciar a maneira de ensinar os futuros profissionais que reproduzirão no ambiente hospitalar o que aprenderam em sala de aula ao mesmo tempo em que reproduzirão as experiências vividas no campo hospitalar na sala de aula e na vida pessoal.

Sarti (2001) ressalta que a dor é uma experiência individual e subjetiva; o significado dessa experiência de dor pode ser compartilhado. Quando relatamos nossa experiência para outras pessoas, tornamos essa experiência individual uma realidade coletiva, porque a dor está no corpo e o corpo não existe fora do contexto social e de suas regras socialmente dadas, inclusive quanto à expressão de dor. O indivíduo aprende e escolhe de que maneira vai expor sua dor a partir da interiorização dessas regras sociais. Esses aprendizados estão intimamente relacionados com sua maneira de estar na sociedade, como homem, mulher, jovem, idoso, sua classe social de pertencimento e sua convivência com seus semelhantes.

No âmbito acadêmico, há uma relação entre o ensino teórico da dor e a vivência da dor pelo enfermeiro docente. Algumas questões orientam a compreensão dessa relação: o enfermeiro docente ensina a teoria e a prática, a partir da sua representação de dor? Qual é a representação sobre a dor do enfermeiro docente? A dor por ele vivida modifica suas estratégias de ensino? As experiências vividas diante da dor dos seus pacientes no campo hospitalar modificaram sua representação sobre a dor?

De acordo com Jodelet (1985, pp 494-469), “as representações sociais são modalidades de conhecimento utilizadas para a comunicação e compreensão do contexto social. São formas de conhecimento, que contribuem para a construção de uma realidade comum, o senso comum, que ajuda a transformar o estranho em familiar, que converte símbolos em significados.” Assim, o sofrimento trazido na fala do enfermeiro docente da nossa pesquisa comunica, uma realidade comum no contexto social desses profissionais?

Apreender as representações sobre a dor do enfermeiro docente nos ajudou a compreender as atitudes e comportamentos desse profissional no ambiente hospitalar e

em sala de aula e sua relação com o processo de ensino-aprendizagem da dor, que esta investigação buscou enfocar.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo aborda o percurso metodológico realizado neste trabalho investigativo. Buscar-se-á apresentar como a pesquisa foi realizada, dela fazendo parte entrevistas semiestruturadas, filmadas e gravadas, teste-piloto, observações formais e informais com os entrevistados e sistematização dos resultados encontrados. Antes, porém, é necessário discorrer sobre o lugar de onde fala a pesquisadora, que é também enfermeira assistencial e docente.

2.1 O lugar de onde fala a pesquisadora

Segundo Kramer, "[O] objeto de pesquisa é sempre observado de um determinado lugar, onde estão envolvidos a subjetividade do pesquisador e sua bagagem teórica" (2000, p. 2). Esse é o lugar de onde fala o pesquisador. Importante, assim, esclarecer o lugar de onde falei, observei, registrei e conversei com os enfermeiros docentes. Como exposto na introdução deste trabalho, o interesse pelo objeto de investigação, a dor, deu-se na imbricação da construção da minha trajetória profissional, como enfermeira assistencial e enfermeira docente. Minha vida profissional está intimamente relacionada com o meu objeto de estudo, uma vez que sou enfermeira assistencial e faço parte do corpo de enfermeiros docentes da escola observada.

Foi um esforço importante estranhar o que me era familiar. Esse estranhamento é, segundo Velho, um processo que se dá "quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo, emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos e situações" (2004, p. 131).

Essa atitude de estranhamento teve como intuito a interpretação de relações sociais familiares, entre enfermeiros, docentes e alunos, buscando-se um conhecimento mais complexo da realidade (DAUSTER, 2003).

Na escola onde leciono, os enfermeiros docentes me são bem familiares e fazem parte do meu cotidiano de trabalho, mas, sem dúvida, desconheço suas representações em relação à dor, que pretendi investigar. Assim, algumas questões motivaram a investigação: qual é a representação sobre a dor do enfermeiro docente? Quais estratégias

de ensino ele utiliza para falar sobre dor na teoria e na prática? Quais ferramentas elege para avaliar a aprendizagem dos seus estudantes?

Dada a natureza interpretativa dessas questões, utilizei abordagem metodológica qualitativa.

2.2 Abordagem qualitativa

Uma pesquisa qualitativa pode ser caracterizada, conforme aponta Minayo, como aquela que possibilita a valorização do "universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis" (1996, pp. 21-22).

A pesquisa qualitativa nos fornece a natureza ou a estrutura das atitudes ou motivações, da sua frequência ou distribuição. Seu principal objetivo é explorar a profundidade dos sentimentos e crenças que as pessoas detêm e apreender como esses sentimentos podem influenciar comportamentos. Referente às técnicas, foram escolhidas entrevistas semiestruturadas, filmadas e gravadas, e observação participante, registrada em diário de campo.

Optamos pela entrevista semiestruturada. Dada a subjetividade do assunto de pesquisa, compreender a representação sobre a dor do enfermeiro docente não é tarefa fácil, pois exige de o pesquisador intervir quando necessário, modificando a maneira de fazer o questionamento de acordo com a necessidade do sujeito entrevistado.

A entrevista é uma oportunidade de conversa face a face, utilizada para "mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes" (MINAYO, 2008, pp. 72-76); ou seja, ela fornece dados básicos para "uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações" em relação aos atores sociais e contextos sociais específicos (Cervo, Bervian, 2007 p. 18).

2.3 Local da pesquisa

A escolha do local de pesquisa levou em conta o fato de a pesquisadora fazer parte do quadro de professores da escola, de o local atender aos objetivos do estudo, e de a pesquisa ter sido autorizada pela coordenação do curso de enfermagem. A Escola Estadual de Educação Tecnológica do Parque da Juventude (ETEC Parque da Juventude),

que faz parte das 221 escolas técnicas que compõem o Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, tornou-se nosso campo de pesquisa.

O Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza (CEETEPS)[1] é uma autarquia do governo do estado de São Paulo, vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado de São Paulo, que administra as 221 Escolas Técnicas (ETECs) e as 66 Faculdades de Tecnologia (FATECs) do Estado. Foi criada pelo governador Abreu Sodré, em 1969, e possui mais de 290 mil estudantes matriculados em cursos técnicos e superiores.

A denominação "Centro Paula Souza"[2] foi inspirada no fundador da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, Antônio Francisco de Paula Souza. Paula Souza nasceu de uma família de estadistas, em Itu (município paulista), estudou engenharia e foi professor na Alemanha e na Suíça. Na política, era a favor do liberalismo, do fim da escravatura e da República. Atuou como deputado, ministro das Relações Exteriores e da Agricultura no mandato do Presidente Floriano Peixoto. Também atuou como agente do desenvolvimento da infraestrutura do país, projetando estradas de ferro e outras obras.

Na década de 1960, houve reuniões entre Paula Souza e o Conselho Educacional para a criação de instituições que atendessem à necessidade do acompanhamento profissional e da expansão industrial de São Paulo. A partir de 1967, quando Roberto Costa de Abreu Sodré assumiu o governo do estado, a ideia de se criarem escolas técnicas foi se concretizando cada vez mais. Em 6 de outubro de 1969, o Centro Paula Souza[2] iniciou suas atividades. Atualmente, são 221 escolas, com cursos técnicos e de ensino médio, oferecidos em 150 municípios do Estado de São Paulo. As ETECs estão entre as melhores escolas públicas do Brasil quando comparadas com outras escolas públicas de ensino médio.

2.4 Caracterização do campo de pesquisa. ETEC Parque da Juventude.

Conhecer a história do campo de pesquisa, sua estrutura física e sua filosofia contribui para compreender alguns aspectos sociais, como por que a região foi escolhida

[1] «Ceeteps». www.albertoferes.com.br. Consultado em 07 de janeiro de 2018.
[2] «Centro Paula Souza - ETEC, FATEC, Vestibular, Vestibulinho, Ensino Gratuito, Cursos Gratuitos, Governo de São Paulo». www.cps.sp.gov.br (em inglês). Consultado em 07 de janeiro de 2018.

para construir a escola, quem são as pessoas que frequentam o local e quais cursos são necessários.

A ETEC Parque da Juventude é uma instituição de ensino localizada no bairro de Santana, na Zona Norte de São Paulo, próxima à estação Carandiru do metrô. Foi criada no governo de Geraldo Alckmin, juntamente com o Parque da Juventude. A escola foi instalada na mesma estrutura do Pavilhão 7 e 4 da antiga Casa de Detenção do Estado de São Paulo, o Carandiru.

A ETEC possui diversos cursos técnicos e de ensino médio. Ela é dividida em dois prédios: no prédio 1, localiza-se a ETEC de Artes, onde são ministrados os cursos de música, dança e teatro. No prédio 2, localiza-se o ETIN (formação a nível médio) e o curso técnico de enfermagem. A instituição conta também com a maior unidade do Acessa SP, Programa de inclusão digital do Estado de São Paulo[3].

A escola tem uma proposta que podemos considerar inovadora em relação às escolas mais tradicionais, uma vez que os alunos têm a liberdade de assistir às aulas que quiserem, respeitando a frequência mínima; não há um sinal para a troca de aulas, intervalo ou saída; não há muros delimitando o espaço físico da escola, o que possibilita livre acesso de visitantes.

2.5 Um pouco da história segundo seus fundadores: curso técnico de enfermagem.

Para registrar a história da implementação do curso técnico de enfermagem, procurei escrevê-la segundo os depoimentos da diretora da instituição, Marcia Loducca, e da coordenadora de enfermagem, Maria Mercedes do Vale Cofiel, que participaram ativamente da fase de implantação do curso e permanecem ativas na escola até a realização desta pesquisa.

A escolha do curso técnico de enfermagem pelo Centro Paula Souza para implantação na ETEC Parque da Juventude resultou da necessidade de aumento da oferta desse curso, visto que, na época, havia apenas uma unidade da ETEC que oferecia esse curso na capital, a ETEC Carlos de Campos.

---

[3] O Programa Acessa São Paulo foi instituído em julho de 2000, oferecendo para a população do estado o acesso às tecnologias da informação, em especial à internet, contribuindo para o desenvolvimento social. PROGRAMA ACESSA SÃO PAULO. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2018. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Programa_Acessa_S%C3%A3o_Paulo&oldid=52554695>. Acesso em: 4 abril de 2019.

O mercado de trabalho para o técnico de enfermagem é amplo, segundo pesquisa do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), divulgada em julho de 2013, que revelou que a área da saúde foi a segunda a gerar maior número de postos de trabalhos no período entre 2009 e 2015.

"Os técnicos da ciência da saúde humana – entre os quais estão inseridos técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos em próteses ou em imobilizações ortopédicas, técnicos em odontologia, técnicos em óptica e em optometria, e tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas – foram os técnicos de nível médio que mais viram expandir suas oportunidades de emprego nesse período. A cada cem novos postos de trabalho abertos para técnicos de nível médio entre 2009 e 2012, entre 24 e 25 foram preenchidos por esta categoria" (IPEA, 2013, p. 23).

Segundo a coordenadora de enfermagem, Maria Mercedes, devido ao atraso na entrega do prédio da ETEC Parque da Juventude, o curso começou a ser ministrado parcialmente na ETESP Tiradentes, para as aulas teóricas, e na ETEC Carlos de Campos, com o uso do laboratório para as aulas práticas. A vinda para o prédio do Parque da juventude aconteceu em 2007.

Desde então, a ETEC oferece anualmente 60 vagas para candidatos maiores de 18 anos de idade, com ensino médio completo. Os candidatos são submetidos ao exame "Vestibulinho", que tem por objetivo avaliar o nível do candidato nas disciplinas de português, matemática e conhecimentos gerais. O curso é profissionalizante, com duração de 24 meses, divididos em quatro módulos, os quais incluem aulas teóricas e práticas no laboratório, e estágio prático em instituições de saúde.

Após 12 meses de curso, o aluno está qualificado como auxiliar de enfermagem, podendo realizar sua inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), e é considerado apto a exercer a função nas instituições de saúde. Ao completar 24 meses de curso, ele está qualificado como técnico de enfermagem.

No momento, o curso é oferecido no período matutino e vespertino, tendo uma turma de alunos por horário, ou seja, quatro módulos pela manhã e quatro módulos à tarde, ambos funcionando continuamente.

O corpo docente do curso técnico de enfermagem é formado por enfermeiros admitidos mediante processo seletivo, em regime celetista, ou concurso público. O processo seletivo é composto por uma prova de métodos pedagógicos, na qual o enfermeiro deve apresentar uma aula de 15 minutos para uma banca examinadora. Com base na nota de classificação, o enfermeiro docente é convocado para trabalhar sob um

contrato determinado pelo prazo de 24 meses. Ao encerrar o prazo, o docente é desligado automaticamente. Os enfermeiros docentes admitidos por concurso público permanecem trabalhando com contrato por tempo indeterminado. Dessa maneira, existe um corpo de enfermeiros docentes fixo, com contrato indeterminado, e um corpo de docentes móvel com contrato determinado. Os enfermeiros docentes mais antigos estão há cerca de 11 anos trabalhando na ETEC Parque da Juventude, desde que a mesma foi inaugurada.

2.6 Técnicas de pesquisa

Para alcançar os objetivos propostos na pesquisa[4], optou-se pelas seguintes técnicas: observação participante, com registro em diário de campo, entrevistas semiestruturadas, filmadas e gravadas[5] e observação das aulas teóricas sobre dor no ensino de enfermagem.

Aspecto Ético da pesquisa[6]

Todos os sujeitos da pesquisa foram orientados sobre os objetivos do estudo e quanto ao caráter voluntário e confidencial de sua participação. Sua concordância foi registrada com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme imagem no apêndice 2.

A coleta dos dados ocorreu durante um período de seis meses consecutivos, de abril a dezembro de 2017, quando foram entrevistados 12 enfermeiros docentes. Para manter o sigilo e o anonimato dos participantes, foram determinados os seguintes codinomes: Violeta, Cravo, Orquídea, Begônia, Margarida, Flor de Lis, Azaleia, Acácia, Lavanda, Cerejeira, Amarílis e Dália.

2.7 Iniciando contato com informantes e com o roteiro de entrevista: pré-teste.

---

[4] Objetivos: Conhecer as representações sobre a dor do enfermeiro docente a nível médio. Investigar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro no ensino da dor e as ferramentas de que faz uso para avaliar o aprendizado do ensino da dor. Relacionar a representação sobre a dor dos enfermeiros docentes com a estratégia de ensino utilizada.

[5] As gravações e filmagens foram permitidas pelos entrevistados através do Termo de consentimento livre e informado.

[6] O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo. Tendo sido avaliado especialmente quanto à Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. O CEP aprovou a pesquisa sob o número 2823856. (anexo 1)

A etapa do pré-teste foi realizada com intuito de verificar se o roteiro era compreensível aos informantes, se as questões estavam claras. Os resultados obtidos foram incorporados nesta pesquisa, uma vez que se entende que também se constituíram como material para análise.

O pré-teste ou teste-piloto é, segundo (Goode e Hatt, 1972), um ensaio geral da pesquisa. Cada etapa do procedimento deve ser projetada e implementada o mais próximo de como será feito na coleta oficial quanto possível. Os resultados do pré-teste devem ser analisados para que se conheçam as limitações do instrumento. Isso incluirá a proporção de respostas do tipo "não sei", de questões difíceis, ambíguas e mal formuladas, bem como os comentários feitos pelos respondentes sobre determinadas questões.

Como destaca (Mattar,1994), os pré-testes podem ser realizados nos primeiros estágios da pesquisa, quando o instrumento (no caso desta pesquisa, o roteiro de entrevista) ainda está em desenvolvimento. Entendemos que seu resultado também pode trazer compreensões para as questões levantadas além de simplesmente orientar sobre nova reformulação.

A escolha dos sujeitos desta pesquisa para a aplicação do pré-teste deu-se pelo conhecimento da pesquisadora dos mesmos em seu ambiente de trabalho, o que facilitou o convite para a realização da entrevista. Além disso, foi eleito o enfermeiro docente porque é ele o responsável por ensinar a teoria e a prática no ensino da dor, o que o torna um sujeito bastante qualificado para responder questões que envolvem educação e experiência nos cuidados de enfermagem.

O grupo de enfermeiros docentes é composto por 23 professores. Para esse primeiro momento do pré-teste, foram convidados seis docentes de enfermagem, em razão destes terem maior afinidade de relacionamento com a pesquisadora. Destes, cinco aceitaram participar, ao passo que um recusou por razões pessoais. As entrevistas foram agendadas previamente e a coordenadora de enfermagem autorizou que as mesmas fossem realizadas no período de trabalho, no intervalo das atividades, na própria escola.

As entrevistas foram realizadas de 16 de agosto a 21 de dezembro de 2017. Cada entrevista teve, em média, duração de 10 minutos. Houve algumas dificuldades para a realização das entrevistas, especialmente quanto à disponibilidade de tempo por parte dos enfermeiros docentes.

A seguir, as questões propostas no roteiro do pré-teste.

1. O que você sente quando pensa na palavra dor? O que vem à sua cabeça?
2. Qual sentido e significado tem a dor na sua vida?

3. Você julga importantes seus sentimentos a respeito de dor quando planeja uma aula sobre esse tema?
4. Qual é sua reação frente à queixa de dor do paciente? Como você faz a avaliação da dor?
5. Na sua opinião, existe relação entre o sentido e o significado da dor atribuídos pelo professor e sua atitude frente ao paciente com queixa de dor?

Para realização das entrevistas, utilizou-se uma sala de aula desocupada no prédio da ETEC. Nesses momentos, foram realizadas filmagens com o intuito de captar as expressões que acompanharam as falas e reações dos entrevistados às questões propostas. As filmagens foram feitas pelo assistente da pesquisadora, que é também enfermeiro docente na mesma escola.

Durante a primeira entrevista, percebeu-se que a sala sofria muita interferência de ruídos externos, dificultando o áudio. Além disso, o entrevistado sentado contra a parede da sala interferia na observação e análise das expressões por parte da pesquisadora. Nas entrevistas seguintes, escolhemos uma sala no final do corredor, onde não havia interferência de ruídos externos, e o entrevistado passou a se sentar na cadeira do professor, espaço adequado para que pudesse assinar o termo de consentimento, apoiar os braços na mesa e contrastar sua imagem com a lousa de cor verde.

Outra dificuldade encontrada referiu-se ao roteiro. Percebeu-se que as questões sobre sentido e significado não ficaram muito claras, pois os entrevistados mostraram dificuldade de falar sobre essas questões, sendo necessário que eu sempre reformulasse a questão. Tendo isso em vista, o roteiro foi alterado.

A experiência de estar no campo de pesquisa, a realização do diário de campo e a oportunidade de realizar o teste-piloto contribuíram bastante para que eu pudesse perceber a necessidade de acrescentar na entrevista questões como a idade, cor/raça, estado civil, religião, tempo de formação e de atuação profissional na área assistencial e no ensino. Algumas dessas informações acabaram aparecendo durante a entrevista, mas considerou-se importante que constassem do novo roteiro logo no início.

O pré-teste também foi importante para perceber qual seria a melhor ordem para as perguntas, tendo em vista o “aquecimento” para a questão central sobre dor. Além disso, notei que o que era dito pelo enfermeiro antes da entrevista era relevante, mesmo quando essa fala não estava relacionada ao assunto de pesquisa, porque mostrava a posição do enfermeiro na teia de relações sociais e o quanto isso está associado à sua maneira de atuar no ensino e na prática da enfermagem. Verificou-se que os enfermeiros

estão dispostos a falar dos seus sentimentos e atuação profissional, no que diz respeito à sua dor e à dor dos pacientes sob seus cuidados e que essa maneira está impregnada de sua inserção cultural e história de vida.

O pré-teste ajudou a perceber a importância do trabalho e do contexto ao redor da entrevista. De início, acreditava que a entrevista era o ponto alto da pesquisa. De fato, ela é, porém tudo à sua volta compõe a fala do entrevistado, o mundo ao redor e o que ele pensa importam e fazem a diferença. Consegui, assim, ver detalhes, pequenas coisas que são muito importantes para o estudo em questão. Com base nessas percepções, reestruturei o roteiro realizando uma observação sistemática e participante no campo de pesquisa, a ETEC Parque da Juventude.

2.8 Perfil dos entrevistados: relações de gênero e geração

Para realização do estudo proposto, foram contatados enfermeiros docentes com experiência acumulada em atividades de ensino e de assistência de enfermagem por meio de levantamento realizado junto à coordenação de enfermagem da ETEC estudada.

Dos 23 enfermeiros docentes, 12 foram entrevistados. Os demais não entraram neste estudo ou porque não tinham experiência na assistência de enfermagem, ou porque se recusaram a participar, caso de três professores.

De acordo com as respostas obtidas, que podem ser visualizadas na tabela 1, descrevo o perfil dos 12 enfermeiros participantes que colaboraram com a pesquisa com o objetivo de apresentá-los, o que possibilita trazer elementos para a compreensão da representação de dor dentro do contexto de vida de cada um deles.

Em relação ao gênero, o estudo aponta um predomínio do sexo feminino, com 11 mulheres e um homem. Historicamente, a enfermagem é uma categoria essencialmente constituída por mulheres. Segundo (Lopes, 2005), ao retomarmos os aspectos socio-históricos, pode-se dizer que a enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição religiosa católica e a figura feminina está no centro desse serviço. É a mulher quem cuida das crianças, dos doentes e dos idosos.

Todavia, a predominância da figura feminina na enfermagem se dá num ambiente hierárquico, em que há centralidade do saber médico. Dessa forma, as relações estabelecidas nas práticas do trabalho na área da saúde apresentam uma concepção de oposição entre o saber (saber e fazer médico) e do cuidar (saber e fazer de enfermagem). Percebe-se nesta relação um processo de antagonismo que, de certa forma, foi

“naturalizado”, provocando inquietações e a necessidade de investigação sobre a existência de hierarquia e dominação nestas relações. Por outro lado, a associação da“natureza” feminina à prática do “cuidar”, segundo (Rohden, 2009), é resultado da construção cultural do papel da mulher na sociedade, identificada como portadora de maiores habilidades para os cuidados. Nesse caso, com a saúde e a doença, assim como das crianças e dos idosos.

Esse padrão cultural impregnado na sociedade é reproduzido de forma quase “natural”, inclusive nos meios acadêmicos da saúde, que transmitem as formas de hierarquia sexual e social. Para (Lopes, 2005), encontramos uma “aceitação natural”, inclusive das trabalhadoras mulheres na área da enfermagem, nutrição e higienização, que afirmam que essas são atividades “mais próprias para mulheres”. As relações de gênero assim estabelecidas são permeadas pela desigualdade, uma vez que também são essas funções as que, na área da saúde, possuem menor remuneração.

No entanto, pesquisa realizada em 2015 pela Fiocruz[7] e Cofen mostra que há um processo de masculinização da categoria que vem ocorrendo desde 1990. Embora ainda as mulheres sejam a maioria na enfermagem, existe um contigente importante de homens que vem elegendo a enfermagem como profissão. Com isso, aguarda-se mudança nesse cenário para os próximos anos.

Quanto à faixa etária do grupo pesquisado, houve variação de 26 a 62 anos. A maioria dos profissionais participantes encontra-se entre 31 e 50 anos e os demais pertencem à faixa mais jovem de profissionais, de 26 a 30 anos. Sobre essa questão etária, podemos verificar que a maioria dos enfermeiros da pesquisa nasceram a partir da geração X e da geração Y (Zemke, 2008), sendo os últimos detentores das características próprias do seu tempo, o que influencia fortemente na sua maneira de pensar e agir dentro da assistência e do ensino de enfermagem. A geração X surgiu na segunda metade dos anos 1960, e perpetuou até os anos 1980.

Segundo Zemke (2008), essa geração, em seu local de trabalho, busca informação, gosta de aprender e tem facilidade de adaptação a novas situações, apresentando capacidade destacada para liderança. É uma geração que ingressa no mercado de trabalho, passando por mudanças e visando melhorias e qualidade no que fazem e bem-estar pessoal.

[7] FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Perfil da enfermagem no Brasil 2015.

A geração Y, segundo o autor, surgiu após a década de 1980. Fazem parte dessa geração indivíduos que cresceram com as novas tecnologias, marcadas pela internet. Trata-se de uma geração preocupada com as relações sociais, liberdade de expressão e democracia. Dela fazem parte indivíduos que, no geral, são resistentes a sistemas hierárquicos e ao modelo de administração tradicional.

Observando o grupo de entrevistados a partir do quesito geração[8], podemos pensar em um hibridismo entre as gerações X e Y, ou seja, temos enfermeiros docentes que estão dispostos a aprender, são flexíveis, dominam o meio virtual, valorizam as relações sociais, porém são resistentes à hierarquia e à administração tradicional. Podemos pensar em um enfermeiro docente disposto a aprender e ensinar dentro de novos conceitos e paradigmas educacionais.

Com relação ao local de nascimento, o grupo é constituído principalmente de professores nascidos em São Paulo. Outras cidades aparecem, como Fortaleza, Campinas e Itajubá. Esse dado nos mostra que, do ponto de vista do local de nascimento, existe homogeneidade entre os professores nascidos em São Paulo, assim podemos pensar em uma formação acadêmica com bases semelhantes.

Com relação à religião, a maioria dos enfermeiros docentes se declarou católico, os demais evangélicos, espíritas e adventistas. Apenas um dos enfermeiros não segue nenhuma religião. Podemos notar que a maioria dos enfermeiros entrevistados segue uma religião, ou seja, os enfermeiros valorizam esse aspecto em suas vidas.

A religião católica ainda é predominante, porém outras religiões, como a evangélica, estão ganhando adesão das pessoas, exatamente como aponta o último censo de 2010. Isso mostra que o Brasil passa por diversas transformações em suas múltiplas dimensões socioculturais que influenciam e são influenciadas pela transição religiosa. De acordo com Alves e Cavenaghi (2017), depois de anos no domínio, o catolicismo apresenta-se frágil no Brasil. Para os autores, mudanças ocorridas na sociedade em decorrência da pós-modernidade, impactaram em diversos setores da vida, especialmente nas relações sociais e na maneira como as pessoas pensam sobre fé e religião.

Segundo Martins, *"*nesse movimento, há um expressivo número de brasileiros que tem fé, mas não tem religião" (2014, p. 45). Ainda de acordo com esse autor, devemos

---

[8] Mannheim define geração sempre acentuando seu sentido histórico, "através do pertencimento a uma geração, a um mesmo 'ano de nascimento', se está vinculado de forma parecida à corrente histórica do acontecer social", o que significa uma predisposição para "uma modalidade específica do viver e do pensar, uma modalidade específica de intervenção no processo histórico" (1964 [1928], pp.).

ficar atentos a esses movimentos que indicam mudanças de conduta, postura e de relacionamentos no caso deste presente estudo. O enfermeiro está inserido na sociedade e nas suas regras, influenciando e sendo influenciado por ela.

Sobre o estado civil, o grupo estudado mostra que metade dos enfermeiros da pesquisa é casado, e os demais, solteiros, divorciados ou vivendo em concubinato. Os casados têm filhos e vivem com seu companheiro. Os solteiros não têm filhos, e o divorciado e vivendo em concubinato têm um filho cada um.

Em relação ao item raça/cor, cinco enfermeiros se declaram brancos, quatro se declaram pardos e três se declaram negros. Esse item da pesquisa revelou como cada enfermeiro se vê em relação a cor de sua pele. Porém, a questão étnica envolve aspectos que podem modificar o parâmetro quântico desse perfil. Como revela Guimarães (2002), nas ciências sociais brasileiras, a questão raça já sofreu algumas mudanças de acordo com a vontade política e os conceitos científicos. Segundo Heringer (2000), na segunda metade do século XIX o governo brasileiro iniciou, o estímulo à imigração europeia, numa tentativa explícita de "branquear" a população nacional.

Na década de 30, quando o país iniciava sua industrialização e, ao mesmo tempo, seus intelectuais debatiam em torno da definição de uma identidade nacional, havia uma interpretação que ganhou força no meio intelectual brasileiro, que assinalava "a ideia de que o Brasil era uma sociedade sem "linha de cor", ou seja, uma sociedade sem barreiras legais que impedissem a ascensão social de pessoas de cor a cargos oficiais ou a posições de riqueza e prestígio (Guimarães, 2002:139), apontando para uma concepção de democracia racial.

Para propósitos estatísticos, considerando-se que a flexibilidade da classificação de cor no Brasil torna difícil diferenciar ambos os grupos, e também a proximidade em termos de indicadores socioeconômicos entre os dois grupos, pesquisadores como Nelson do Valle Silva e Carlos Hasenbalg (1988), consideram geralmente pretos e pardos juntos, como uma única categoria, isso porque que a maioria dos pardos possui ascendência africana. Se levarmos em conta esses propósitos, nossa pesquisa mostra um total de sete enfermeiros docentes negros e cinco brancos, apontando predomínio raça/cor negra.

Segundo Porto e Amorim (2007), no início do século XX, no Brasil, o padrão sugerido e adotado para a formação profissional em Enfermagem excluía a possibilidade de mulheres negras ingressarem em escolas de enfermagem. O autor esclarece a problemática ao afirmar que a política de organização da Escola Anna Nery evitava, "diplomática e estrategicamente", a admissão de negros nos seus cursos. Isto era

fundamental se se pretendia atrair mulheres de melhor classe (...). Todas as vezes em que moças negras se candidatavam para entrar na escola, havia sempre outras boas razões para que elas não fossem qualificadas. Na verdade, segundo o autor, havia já na escola três estudantes que, apesar de brancas, mostravam alguns traços de sangue negro.

Ainda assim, segundo Porto Amorim (2007) no quadro de diplomadas da Seção Feminina da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras Alfredo Pinto, em 1923, a presença de uma mulher negra. De qualquer modo, argumentam Campos e Oguisso (2008), mesmo considerando a hipótese de que o espaço existente na verdade era um pequeno núcleo de formação de auxiliares de médicos psiquiatras do Hospital de Alienados e não uma escola de enfermagem, existe a evidência do cuidado exercido por afrodescendentes no Brasil.

De acordo com pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada por Machado et al (2016), ao analisar cor/raça, os dados mostram que 42,3% da equipe de enfermagem declaram ser da cor branca. Somados pardos (41,5%) e pretos (11,5%), este percentual atinge 53%, tornando-se o mais expressivo e dominante na composição de cor/raça da equipe. Destaca-se que mais de 10.000 desses trabalhadores são de origem indígena. Contudo, ao analisar, separadamente, as categorias, observa-se grandes diferenças que valem ressaltar. Enquanto a maioria dos enfermeiros (57,9%) se considera brancos, 31,3% pardos e 6,6% pretos, a soma dos pardos e pretos representa apenas 37,9%. Diante desse quadro fica difícil afirmar com exatidão qual raça/cor predomina de fato na enfermagem.

Com respeito à formação, dos doze enfermeiros entrevistados na presente pesquisa, um é mestre em Saúde Pública e onze enfermeiros têm especialização em Docência e uma segunda especialização, sendo essas em UTI, Urgência e Emergência, Saúde Mental/Psiquiatria, Ortopedia e Oncologia. Ou seja, o enfermeiro docente do nosso grupo é especialista em docência, tendo conhecimento dos métodos pedagógicos de ensino, e está habilitado para a educação de enfermagem no ensino médio. Além disso, todos os enfermeiros docentes entrevistados demonstraram forte desejo em prosseguir estudando, a maioria busca a especialização a nível *stricto sensu*.

Sobre o tempo em que atuam como enfermeiros assistenciais, temos uma variação de 3 a 30 anos na aérea assistencial. Essa variação no tempo de atuação profissional ajudou a compreender determinadas respostas dos enfermeiros que estão associadas a um

período da história da enfermagem[9]. Embora esses profissionais continuem atuando hoje na área, essa maneira de pensar e agir continua presente. Os entrevistados com menor tempo de atuação na área apresentaram respostas distintas daquelas dos profissionais com mais tempo de atuação para o mesmo tema proposto, o que nos permite perceber o quanto a formação dos profissionais e sua atuação profissional está atrelada a essas experiências.

O tempo de atuação na área assistencial também nos ajuda a compreender que enfermeiros docentes com larga experiência na assistência de enfermagem podem ter vivenciado diversas situações que envolvem a dor, e essas informam e orientam sua atuação e representação sobre o assunto.

Referente aos setores de atuação desses profissionais, por ordem de maior frequência em anos, está a UTI, Urgência e Emergência, Clínica médica, Obstetrícia e Maternidade, Centro Cirúrgico, Oncologia, Ortopedia e Saúde Mental/Psiquiatria.

O tempo de trabalho como enfermeiro docente variou entre 3 a 15 anos. Somente três professores têm duplo vínculo, hospital/escola. Os demais atuam somente no ensino.

Tabela - 1

Perfil dos entrevistados (número de participantes = 12) – São Paulo –SP – Brasil 2018.

Codinomes	Idade	Raça/cor	Religião	Estado civil	Filhos	Naturalidade
Margarida	55	Branca	Católica/espírita	Casada	2 (vive c/ esposo)	São Paulo
Violeta	28	Branca	Espiritualizada	Casada	1 (vive c/ esposo)	São Paulo
Acácia	28	Branca	Católica/evangélica	Solteira	0 (com os pais)	São Paulo
Lavanda	26	Branca	Espírita/católica	Solteira	0 (sozinha)	Campinas
Dália	50	Branca	Adventista	Divorciada	0 (sozinha)	Fortaleza
Flor de lis	62	Negra	Espírita	Concubina	2 (companheiro)	São Paulo
Orquídea	44	Branca	Espírita/católica	Casada	2 (esposo e filhos)	Itajubá
Azaleia	30	Negra	Católica	Solteira	0 (sozinha)	São Paulo
Cerejeira	35	Parda	Evangélica	Casada	2 (esposo e filhos)	São Paulo
Amarílis	50	Negra	Católica	Casada	1 (esposo e filha)	São Paulo
Begônia	30	Branca	Evangélica	Casada	2 (esposo e filha)	São Paulo
Cravo	36	Branco	Católico/evangélico	Casado	2 (esposa e filhos)	São Paulo

[9] HORTA, W. Processo de enfermagem. (1979). Enfermeiros que atuam na assistência de enfermagem há mais de 20 anos têm sua formação fundamentada antes do Processo de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Também nesse período, a dor não era considerada como quinto sinal vital.

Codinomes	Formação	Tempo atuação assis. Enf	Setor que trabalha ou trabalhou	Tempo que atua como docente
Margarida	Enfermagem e pós em Docência	15 anos	Centro-cirúrgico e clínica médica	10 anos
Violeta	Enfermagem e pós em UTI	05 anos	UTI adulto	05 anos
Acácia	Enfermagem e pós em Urgência e emergência e licenciatura	04 anos	SAMU	03 anos
Lavanda	Enfermagem e mestrado em Saúde Pública	03	Pronto Socorro	04 anos
Dália	Enfermagem e pós Docência UTI	25 anos	Clínica médica e UTI	10 anos
Flor de lis	Enfermagem e pós Docência e UTI	32 anos	UTI e centro cirúrgico	15 anos
Orquídea	Enfermagem e pós Docência, Licenciatura e saúde mental	12 anos	Saúde mental e psiquiatria	10 anos
Azaleia	Enfermagem pós em Docência, Licenciatura e UTI	7 anos	UTI	5 anos
Cerejeira	Enfermagem pós em UTI	5 anos	UTI e obstetrícia	4 anos
Amarílis	Enfermagem pós em UTI	10 anos	UTI	5 anos
Begônia	Enfermagem pós em Docência	05 anos	Clínica médica	04 anos
Cravo	Enfermagem pós em Licenciatura e ortopedia	10 anos	Centro cirúrgico	08 anos

2.9 Observação etnográfica com registro em diário de campo

Malinowski (1922) foi um dos primeiros cientistas sociais a sistematizar os procedimentos de pesquisa de campo da Antropologia. Ele defendeu que, para conhecer de forma aprofundada a vida de dados agrupamentos humanos, o pesquisador deveria realizar uma imersão no campo de pesquisa, procurando vivenciar as experiências desses grupos de uma maneira mais próxima. *Argonautas do Pacífico Ocidental*, uma das obras-primas das ciências sociais, traz registros do autor, que fez sua pesquisa com habitantes das Ilhas Trobriand, descrevendo com grande riqueza de detalhes desde ações banais a mecanismos de ocorrências complexas como o Kula.

O interesse pela pesquisa etnográfica aparece com mais evidência na área da educação no fim dos anos 70, concentrando-se na investigação da sala de aula e na avaliação curricular. Isso acontece, em grande medida, em contraponto ao fato de os estudos estarem centrados, até então, na observação do comportamento dos professores e alunos em interação (Andre, 1995).

A mesma autora afirma que outras publicações e eventos brasileiros e internacionais desenvolvidos no final da década de 70 e início dos anos 80 contribuíram para o desenvolvimento da etnografia no campo educacional. A partir dessas publicações e eventos, a pesquisa etnográfica multiplicou-se no Brasil, ganhando popularidade e se consolidando como importante método de pesquisa.

Nas publicações relacionadas às temáticas da enfermagem e da educação, é comum os autores realizarem observações de campo e entrevistas. Do mesmo modo, optei por realizar uma pesquisa em que a riqueza de situações vivenciadas em sala de aula e nos demais espaços da escola pudessem vir à tona, permitindo-me um melhor entendimento de como diferentes atores agem no seu cotidiano de trabalho, elegendo, portanto, a etnografia.

A investigação, para tanto, parte de um estudo de caso, o curso técnico de enfermagem na ETEC, e, por meio de observação etnográfica e entrevistas, busca apreender a representação sobre a dor do enfermeiro docente e a relação dessa representação com sua maneira de ensinar. Quanto à pesquisa etnográfica, busco o estabelecimento de um contato mais próximo com o campo de pesquisa e com os sujeitos na relação pesquisador-pesquisado.

Uma das principais razões para escolha da observação etnográfica deve-se ao fato de que, ao longo de minhas leituras sobre o assunto dor, senti a necessidade de realizar

uma imersão no campo de pesquisa para observar, de uma forma mais aprofundada, como os professores se organizavam no ensino das disciplinas e como ocorria a interação professor-estudante, em especial, referente às aulas sobre dor. Como se tratava de um espaço de ensino, foi preciso entender como se dava o processo de pesquisa e trazê-lo a esse contexto.

Segundo Andre, para que uma pesquisa seja considerada

> um estudo de caso etnográfico, é preciso, antes de tudo, que preencha os requisitos da etnografia e, adicionalmente, que seja um sistema bem delimitado, isto é, uma unidade com limites bem definidos, tal como uma pessoa, um programa, uma instituição ou um grupo social. O estudo de caso enfatiza o conhecimento do particular. O interessante do pesquisador ao selecionar uma determinada unidade, é compreendê-la como uma "unidade" em sua complexidade. Busca-se estar atento ao seu contexto e às suas inter-relações como um todo orgânico, e à sua dinâmica como um processo, uma unidade em ação. (2011, p. 31)

Segundo Lima (2008), a observação exige que o pesquisador utilize todos os seus sentidos para examinar uma realidade a ser investigada, podendo ser uma comunidade, uma vila, uma empresa, um grupo, um fato ou fenômeno.

Para estar atento ao todo, ao particular e seu contexto, é preciso um preparo do olhar, da observação, pois o outro revela-se no e pelo olhar minucioso do pesquisador. O diário de campo constitui-se como importante instrumento de registro dessa observação.

Para Falkembach (1987), os diários de campo devem possibilitar registros minuciosos, como descrições dos sujeitos (aparência, maneira de vestir, modo de falar e agir, particularidades dos indivíduos); visões de mundo dos sujeitos (grau de religiosidade, valores, elementos culturais ligados ao processo de trabalho, e de saúde); falas dos sujeitos (diálogos, palavras, gestos, expressões faciais, pronúncias); descrição do espaço físico (organização, desenho do espaço, mobília e outros entes concretos); descrição de atividades dos sujeitos (detalhamento corporal); relatos de acontecimentos (forma como aconteceram e natureza das ações); comportamento do próprio observador (aspectos que possam interferir na coleta de dados).

A seguir, descrevo o processo de minhas observações, destacando algumas que considerei mais relevantes e que foram transcritas do meu diário de campo. Como eu não dispunha de um roteiro de observação para tanto, criei uma espécie de *check list* para que

pudesse ter um guia no meu percurso: local escolhido, público alvo, horário, descrição do ambiente, comportamento na sala dos professores, interação entre os professores de enfermagem e de outros cursos, atenção dos professores nas reuniões (expressão e participação), expressão dos professores ao chegarem na sala dos professores e ao irem para a sala de aula, interação dos professores com demais funcionários da escola, comportamento dos professores no intervalo das aulas e comportamento dos professores no final da aula.

Procurei memorizar esses itens para que a observação obedecesse a uma ordem que facilitasse meus registros. Com esse material, procurei anotar as observações discretamente. Realizei as observações e os registros em meu diário de campo, durante seis meses, de abril a novembro de 2018. No mês de julho, não houve registro, por conta do recesso escolar. Essas observações ocorreram nos dias das minhas aulas, que aconteciam às segundas, terças e quartas-feiras, sempre no período matutino.

Ao todo, realizei 100 registros que foram transcritos do diário de campo para o meio digital. Procurei anotar tudo que observei, ouvi e senti, independentemente de estar ou não relacionado ao meu objeto de pesquisa. Diante desse oceano de anotações, iniciei uma leitura cuidadosa, que chamei de “flutuante”, por ser uma leitura despreocupada. Ao fazer isso, percebi que havia uma riqueza de detalhes que me fizeram lembrar de cada cena vivida. Tornei a ler e passei a anotar situações que chamaram minha atenção, buscando um entendimento e um diálogo com os autores que vinha estudando.

A seguir, destaco algumas anotações de campo articulando-as com autores que me permitiram compreender o que observava.

2.9.1 Análise a partir da interpretação

Segundo Minayo (1992) a fase de análise tem três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não pressupostos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado dialogando com o contexto cultural que faz parte. Para análise das entrevistas e das observações do trabalho de campo foi utilizada a interpretação (Minayo, 1982, p.82). Na interpretação “buscam-se os sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado.” A análise a partir da interpretação teve por objetivo apreender as representações sociais sobre dor. A seguir destaco algumas das anotações de campo, e

mais adiante trechos das entrevistas realizadas, articulando ambos com autores que me permitiram compreender e interpretar o que observava.

2.9.2 Observações de campo

Dia 05 de outubro, quinta-feira, 7h00 da manhã.

Vejo duas colegas enfermeiras que estão afastadas do grupo de professores do ensino médio. As duas estão trajando uniforme de enfermeiras, camiseta e calça branca, com jaleco azul-marinho. No dia de hoje, elas ensinam a disciplina de semiotécnica, e os alunos aprendem a realizar procedimentos no laboratório. Por essa razão, nessas aulas, alunos e professores vestem uniforme branco. Ao me aproximar, sinto vontade de comentar sobre o uniforme, já que funciona como marca registrada da profissão. Ambas se queixam de serem obrigadas a usar branco nesse dia, e uma delas desabafa: (Acácia) - *detesto usar esse uniforme, foi o tempo que eu gostava.*

Esse comentário me fez lembrar que, no início da minha carreira na enfermagem, era um sonho usar o branco. Essa roupa simbolizava a profissão; dava corpo ao desejo de me tornar enfermeira, representava a profissão. Era como incorporar a profissão através do uniforme. A roupa branca comunica não só a profissão, mas tudo o que está associado a ela; o valor atribuído pela sociedade, àquele ou àquela que cuida daqueles que sofrem, que dedicam sua vida a salvar vidas.

De acordo com Peres MMA; Padilha MICS (2014), o uniforme é considerado signo de identidade da enfermeira. Os uniformes implantados pelas escolas de enfermagem norte-americanas influenciaram a formação de uma identidade profissional da enfermeira no Brasil por servir como elemento de distinção social e hierárquica, bem como por aproximar as estudantes brasileiras e norte-americanas em função da semelhança de seus uniformes e da imagem construída a partir dos mesmos elementos simbólicos de seus vestuários.

Segundo Helman (2009), há profissões que são subculturas. A enfermagem é considerada uma delas, pois possui características e regras específicas da sua área. Em cada caso, as pessoas que atuam nessas áreas formam um grupo à parte, com conceitos, regras, modo de trajar e uma organização social próprios dessa área.

O traje branco da enfermeira é considerado um símbolo da profissão; está carregado de representação, hierarquia, sentidos e significados. O fato de a enfermeira

dizer que *hoje detesta o uniforme* pode expressar um sentimento que vai além do uniforme, invadindo a esfera do tecido branco e atingindo o que ele representa, a profissão e a identidade do enfermeiro.

Mais ainda, essa fala em relação ao uniforme pode expressar o desestímulo em relação à profissão, como veremos mais adiante. O enfermeiro docente, durante as aulas, colabora com seus saberes para a construção do universo profissional do discente, dele fazendo parte os símbolos da sua profissão, como o uniforme branco. Caso o docente esteja desmotivado frente à profissão, ele pode transmitir essa desmotivação para os alunos através do seu comportamento. Nesse sentido, podemos indagar: esse sentimento do enfermeiro em relação à sua profissão interfere na formação dos futuros profissionais?

Como desenvolve Dubar (2005), os momentos de constituição da identidade profissional passam por uma negociação entre o real e o ideal. Nessa negociação, o que mais importará é o pertencimento mais profundo e o sentido atribuído ao seu trabalho. Assim, é possível afirmar que o enfermeiro, ao atravessar crises relativas ao exercício profissional assistencial, pode com isso construir uma imagem negativa da profissão. Na fala, o uniforme branco remete a recordações de um período doloroso vivido no ambiente hospitalar.

Outra situação aqui destacada relacionou-se a um comportamento distinto do esperado pela pesquisadora e resultou em dificuldade de estranhar o familiar e de enxergar além do que é apresentado. Abaixo, descrevo essa situação.

26 de outubro, quinta-feira 7h00 da manhã.

No intervalo, além dos professores do ensino médio, encontro na sala as colegas enfermeiras docentes que compartilham o mesmo dia de aula comigo. Estamos conversando, quando um dos professores do ensino médio (ETIN) entra na sala acompanhado de um aluno chorando e diz: *Cadê as enfermeiras? Esse aluno caiu e bateu o braço, quem pode dar uma olhada?*

Nesse momento, havia na sala dos professores três enfermeiras docentes, então o professor do ensino médio que acompanhava o aluno se dirigiu a elas: *Vocês podem ajudar?*

Procurei manter distância para observar melhor a cena. Uma delas falou em tom de brincadeira: (Orquídea) *Até aqui vocês me encontram? Olha, eu sou professora, não sou enfermeira. Está vendo alguém vestida de branco?*

Nessa fala, ainda que em tom de brincadeira, a professora não quer ser identificada como enfermeira, uma vez que está no ambiente escolar. A recusa em realizar um cuidado

próprio da sua profissão demonstra a separação entre a assistência de enfermagem e a docência. Esse fato reforçou o anterior, em que a enfermeira também demonstra um sentimento de recusa do uniforme branco. As duas situações levaram-me a um questionamento: o enfermeiro docente busca um distanciamento da sua prática assistencial? Por que a assistência de enfermagem tem sido trocada pelo exercício da docência? Qual peso tem essa atitude na formação dos novos profissionais?

Tardif (2011) fala dos saberes dos professores, que são oriundos das suas experiências profissionais. Segundo o autor, é impossível compreendê-los sem estabelecer uma relação entre sua prática e sua história de vida. O que se percebe na fala da professora sobre o jaleco branco é que esses saberes são parte da sua experiência profissional, como enfermeira assistencial, mas que não são acessados quando a identidade docente está colocada. Esses saberes de que nos fala Tardif podem também oferecer desconforto e dor? É possível haver saberes profissionais que nos causam dor e sofrimento?

A medida em que fui lendo os registros do meu diário de campo, percebi que cortinas são abertas com tudo que vi e ouvi, em cada dia que estive imersa no campo da pesquisa. Atrás de cada cortina aberta, surgiram novas indagações acerca da experiência profissional em relação ao termo “dor”.

Aqui, descrevo mais um evento que me causou inquietações e, por essa razão, o incluí aqui.

23 de novembro – quinta-feira 7h00

O assunto da turma hoje é o planejamento das férias de final de ano, festas e viagens. Esse assunto é comum entre os professores do ensino médio e da enfermagem, porém cada grupo permanece conversando separadamente. Nosso grupo de enfermeiras comenta sobre o alívio de não estar mais atuando na assistência e poder aproveitar o período de férias e das festas com a família, e sobre quantas festas foram passadas dentro do hospital, de plantão. Umas das colegas diz: (Orquídea) *Nessa época de festas, quem leva o hospital é a enfermagem, os médicos passam visita e vão embora, sobra para nós lidarmos com tudo que aparece.*

Outra professora comenta: (Lavanda) *E somos sempre desvalorizados, parece que a sociedade não enxerga, mesmo quando adoece e vai para o hospital, não dá valor, por isso que para mim chega de hospital, eu quero ser normal.*

Noto que o comentário da professora remete a experiências do período em que atuou como enfermeira assistencial no hospital e quanto essa lembrança traz sofrimento

pelo não reconhecimento profissional. Existe na expressão “eu quero ser normal” uma noção de que trabalhar na enfermagem é algo anormal, fora dos padrões. Pela fala, essa noção de anormalidade pode estar relacionada à desvalorização da profissão, ao seu não reconhecimento pelos que são cuidados, e, ao mesmo tempo, à intensidade do trabalho – “quem leva o hospital é a enfermagem”.

No período que antecedeu a profissionalização da enfermagem, os enfermos eram cuidados por mulheres da sociedade, denominadas “damas da caridade”. Atribuía-se o trabalho delas a um ato de consagração pelo serviço prestado aos doentes e desvalidos (CAPONI, 2000). Essas mulheres eram reconhecidas como portadoras de dons divinos pelos seus atos, suas esmolas, sua assistência, o que as tornava benfeitoras. Existia, também, um estatuto social dos pobres de Deus por elas assistidos: eles deveriam estar permanentemente em dívida pelo bem recebido. Seu papel era o da eterna gratidão.

A ideia de ser reconhecida como portadoras de dons divinos por conta dos seus atos pode ter dado origem ao pensamento de que os profissionais da enfermagem são diferentes por trabalharem com algo incomum, em horários noturnos, distante de suas famílias, cuidando de pessoas acometidas por diferentes tipos de doenças, por vezes mutiladas e no fim da vida. Esses fatores trazem uma ideia de anormalidade, em contraponto à normalidade de outras pessoas que não seriam capazes de tais feitos.

A partir de Florence Nightingale, a mulher consagrada pela sociedade é substituída pela enfermeira profissional, que deixou de possuir um caráter religioso, mantendo, no entanto, a assistência prestada como um vínculo que supõe e reforça a submissão do paciente em relação à enfermeira. Ele, o doente, aquele que precisa e necessita dos seus cuidados. Para Lunardi (1993), de um lado, dessa relação nós temos a enfermeira que cuida e, do outro, o paciente, em atitude de submissão. Visto por aquela que cuida, a enfermeira sente-se benfeitora, responsável pelos cuidados prestados. Em contrapartida, ela aguarda deste a eterna gratidão. Quando isso não acontece, ela sofre e se sente desvalorizada pelo paciente e pela sociedade, como foi verificado nesta pesquisa.

Nessa perspectiva, é possível compreender a queixa de desvalorização da enfermeira docente, o seu desejo de abandonar a assistência de enfermagem e se tornar “normal”.

Em meio aos registros feitos, sinto-me como um minerador à procura de pepitas de ouro. Aqui, procuro em um emaranhado de situações o que essas vozes tentam mostrar. Apoiando-me em meu referencial teórico, tento compreender mais um registro.

30 de novembro, quinta-feira 7h00

Na sala dos professores, encontrei um colega enfermeiro docente que não via há meses. Ele estava de licença médica e retornava naquele dia ao trabalho. Estava sentindo-se perdido, segundo ele. Assim, nos colocamos a conversar e tentei atualizá-lo dos últimos acontecimentos na escola. Aproveitei o momento e o convidei para a entrevista. Ele aceitou prontamente e agendou para o intervalo. Aos poucos, outros professores foram chegando e ele teve que repetir a história do seu afastamento, uma cirurgia no joelho que o manteve distante de suas atividades profissionais por seis meses.

Diversas vezes durante a conversa, ele comentou o quanto sofreu com dores fortes no joelho operado, e que o pessoal da enfermagem não estava nem aí, mas que, depois que souberam que ele era enfermeiro, o atendimento mudou completamente, essa foi a frase dita por ele: (Cravo) *cara, quando o pessoal da enfermagem acha que você é pessoa comum, abusa de você; quando você fala que é enfermeiro, a coisa muda, o pessoal te atende direitinho, fica com medo, né? Sabe que você conhece.*

Reaparece nessa situação a mesma ideia de que o profissional enfermeiro é alguém diferente, com uma vida "anormal", uma pessoa incomum.

O enfermeiro se coloca em uma posição de alguém que não é comum. A profissão, segundo ele, confere um determinado *status* social que lhe permite ser tratado de maneira diferenciada, ou seja, o enfermeiro não é o paciente submisso, que depende de cuidados, ele pertence ao grupo dos que prestam cuidados e, por essa razão, deve ser tratado como tal. Encontrar-se do lado dos que sofrem causa indignação ao enfermeiro que está habituado a estar do lado daquele que presta o cuidado.

Corroborando com o raciocínio de Caponi (2000), realizar a ação do cuidar pode estar para o enfermeiro relacionado à prestação de caridade, o que faz dele um benfeitor que realiza atos morais e o converte em uma pessoa diferente das demais pessoas da sociedade. A não ocorrência desse reconhecimento pode suscitar dor e sofrimento no enfermeiro.

O mesmo enfermeiro continuou dizendo: *Teve um dia que eu chorei, mas não era de dor no joelho. Me doía o coração de estar naquela situação de paciente, tendo que aguardar sentado, deitado, tomar banho no leito, alguém fazendo em você...sei lá...Deus não devia permitir que a enfermagem passasse isso.*

De acordo com Nietzsche, em todos os atos que se resumem na palavra "caridade", o que se evidencia na verdade é que "pensamos muito mais em nós mesmos que nos outros" (1978, p. 133). O que fazemos no momento de realizar um ato de caridade é libertar-nos de um sentimento de dor que é absolutamente nosso. Assim, o enfermeiro crê

que, ao cuidar daquele que sofre como ato de caridade, Deus deveria poupá-lo de passar por dor semelhante.

O indivíduo que adentra a subcultura da enfermagem, absorvendo seus ritos, costumes e valores, faz dessa profissão seu *habitus* (Bourdieu, 2004). Esse *habitus* está impregnado de valores relacionados à caridade, doação, consagração, estilo de vida, que o faz se sentir uma pessoa incomum, distinta das demais pessoas da sociedade. Pelo trabalho que realiza, o enfermeiro aguarda gratidão dos pacientes de que ele cuida e da sociedade em que vive. A ausência desse reconhecimento causa dor e desejo de abandono da enfermagem assistencial. No segmento educacional, o enfermeiro como docente acaba encontrando o consolo para seu sofrimento.

2.9.3 Entrevistas

As entrevistas ocorreram na escola escolhida para campo de pesquisa, a ETEC Parque da Juventude. As mesmas foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade do entrevistado. Foram entrevistados doze enfermeiros docentes. Optou-se por fazer um vídeo da entrevista com objetivo de registrar as expressões corporais e tonalidade de voz dos entrevistados, para que fosse possível, posteriormente, observar melhor as emoções contidas durante a conversa e compreender alguns aspectos que podem escapar quando a entrevista foca a fala do entrevistado.

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme lei 196/96 do Código de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos , e o mesmo foi colocado em um envelope juntamente com o roteiro de entrevistas e o diário de campo para anotações das observações; foi feito um envelope para cada enfermeiro docente. Antes de cada entrevista, o termo de consentimento foi lido e explicado pela pesquisadora principal para cada um dos participantes.

O local da entrevista, na escola, foi escolhido pelo participante. A maioria optou pela sala de aula ou pelo laboratório de enfermagem. Sobre isso, acredito ser relevante destacar que alguns dos entrevistados fizeram questão de vestir o avental da escola e colocar o crachá, mesmo após eu explicar que não havia essa necessidade. Segundo eles, a sala de aula e o uso do uniforme ajudavam a “se sentir professor”. Somente um dos professores entrevistados preferiu realizar a entrevista na sala de descanso. É possível considerar que o ambiente exerça no indivíduo uma certa influência que o faz agir de acordo com o espaço e o que ali representa, reforçando sua atitude como tal.

Para as entrevistas, optou-se por um roteiro semiestruturado (anexo 1).

Antes da entrevista, foram realizadas anotações no diário de campo a respeito do ambiente, das dificuldades encontradas para a realização da entrevista, do comportamento do professor no horário da chegada e de sua disposição para participar da entrevista. Esses registros ajudaram a compor o cenário etnográfico e a perceber aquele momento como parte de tudo o que estava sendo dito.

Foi possível observar que as dificuldades e experiências vivenciadas pelos enfermeiros docentes eram muito parecidas com as que eu vivencio com meus alunos e vivenciei na atuação como enfermeira assistencial, bem como as diversas maneiras pelas quais os enfermeiros docentes resolvem seus problemas, as atitudes tomadas e as reflexões realizadas. É possível dizer que, algumas vezes, necessitei intervir para que o entrevistado compreendesse alguma pergunta ou, ainda, dar uma pausa para que ele pudesse pensar. Os participantes se mostraram bastante à vontade com a presença da câmera de filmagem, inclusive mais do que eu imaginava.

Alguns enfermeiros docentes entrevistados reforçaram a importância de serem criados espaços como aquele, de entrevista, para falarem sobre determinado assunto. De acordo com esses professores, momentos assim permitem refletir sobre a maneira como estão ensinando. Um dos professores (Flor de Lis) revelou: *a gente acaba caindo no mecânico na hora de ensinar, não pensa muito, é cumprir com o plano de aula. Perguntas como essas que você fez ajudam a pensar nosso trabalho.*

As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos cada uma. Após o termino da entrevista, alguns assuntos sobre dor continuavam a ser discutidos de maneira informal entre a pesquisadora e o professor entrevistado. Dada sua importância, essas conversas foram também registradas no diário de campo.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, incluindo a comunicação não verbal, como: “olhou para cima”, “sorriu”, “colocou as mãos no colo”. Depois de transcritas, as entrevistas foram enviadas para os entrevistados com o objetivo de que o participante tomasse conhecimento da transcrição da sua fala.

2.9.4 Em sala: aulas teóricas sobre dor

Como parte da metodologia da pesquisa de campo, inclui a observação participante em sala de aula. O objetivo dessa etapa foi observar as estratégias utilizadas pelo

enfermeiro docente no ensino da dor e a atitude dos alunos durante a aula. Para realização dessa etapa, segui os seguintes passos:

- Solicitação de autorização da coordenação do curso técnico de enfermagem da Escola Técnica (ETEC) para realizar observação das aulas em que são ministradas o assunto dor.

- Realização de levantamento na grade dos componentes curriculares: Semiologia e Semiotécnica, Clínica Médica e Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva e Urgência e Emergência. Esse levantamento teve a finalidade de identificar as disciplinas onde o ensino da dor constava no PTD (Plano de trabalho docente). Importante ressaltar que em nenhum dos planos de ensino consultados a dor apareceu como assunto a ser ensinado. O que levou a considerar que o assunto dor provavelmente seja ensinado em conjunto com os sinais vitais e nas disciplinas que abordam situações onde o fenômeno dor costuma ser comum.

- Solicitação de autorização dos enfermeiros docentes das disciplinas Semiologia e Semiotécnica, Clínica Médica e Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva e Urgência e Emergência, para estar presente como observadora na aula no dia em que fosse ensinado o assunto dor. Os professores informaram pelo sistema WhatsApp de mensagens os dias em que estariam abordando o assunto dor. Com base na informação da data, escolhi as salas de maneira aleatória, de forma que o professor não estivesse preparado para minha presença e agisse de maneira mais natural possível.

Participei, na qualidade de observadora, durante o mês de junho e agosto de 2018, das aulas das disciplinas de Semiologia/Semiotecnica, Clínica Médica e Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva e Urgência e Emergência. Os enfermeiros docentes pareceram bastante tranquilos com a minha presença na sala de aula. Fui apresentada para os alunos como enfermeira pesquisadora e muitos demonstraram interesse pela pesquisa e, sobretudo, pelo fato de eu estudar numa universidade como a USP. Alguns desconheciam o *campus* USP Leste.

Participei das aulas do início ao término. Cada aula teve a duração média de 50 minutos. No caso dessas disciplinas, as aulas correspondiam a duas aulas de 50 minutos cada. Ao todo, estive presente em 8 aulas, durante quatro dias. Realizei anotações sobre as estratégias utilizadas pelo professor para ensinar sobre dor, seu comportamento e dos alunos durante as aulas.

Destaco que foi extremamente rico observar a dinâmica existente em cada aula, a interação entre professor e alunos e dos alunos entre si. Cada sala tem sua maneira

peculiar de receber o professor, de ouvir suas palavras e responder aos seus ensinamentos. Notei que a disciplina, ou o assunto a ser abordado, tem uma importância pequena quando comparado com todas as demais variáveis que estão em cena durante a aula. Chamo de variáveis aspectos como: material utilizado pelo professor, abordagem e interesse do professor pelo tema, atenção dos alunos, clima de interação da turma, problemas ocorridos antes da aula e até mesmo a temperatura da sala.

Participar como observadora da aula de outro colega foi uma experiência totalmente única. Me dei conta de situações que, no lugar de professora, não notava. Um exemplo disso foi perceber que, às vezes, o olhar do professor lá na frente acaba direcionado sempre para os mesmos alunos, como se a aula fosse voltada para um grupo exclusivo. Notei também que existe um fator que denominei de "os tempos na sala de aula" e que são momentos que independem do tempo cronológico, pois não estão ligados exatamente ao relógio, mas a um ritmo dado nas relações de ensino-aprendizagem.

Nomeei esses tempos de acordo com o que presenciei. O primeiro tempo, denominei de "Peri-aula", ou período antes da aula. Nesse tempo, os alunos circulam nos ambientes, entre as salas, nos corredores, banheiros e na própria sala de aula, perturbam os colegas, se agitam, sobem nas carteiras, comportando-se como se quisessem se livrar das obrigações ou do peso das aulas anteriores. Tudo isso ocorre antes da entrada do professor na sala. A chegada do professor marca o término da Peri-aula. O próximo tempo ou momento é a "endo-aula", que começa quando o professor inicia o conteúdo. Os alunos se sentam nas suas cadeiras e olham para o professor.

Pelo que pude observar, a endo-aula é o momento de maior concentração da classe; é o momento em que o aluno procura entrar no assunto, por isso chamei de "endo". Esse período, segundo minha observação, durou no máximo 15 minutos, em todas as aulas que presenciei. Depois disso, há uma queda nos níveis de concentração da maioria dos alunos e isso parece se refletir no professor, que, aos poucos, vai perdendo um pouco da excitação inicial. Esse momento, chamei de "ecto-aula", ou seja, *fora*, ausente de importância.

Esses períodos me chamaram muito à atenção, especialmente quando relacionados à seleção do conteúdo a ser ensinado, tendo sido verificado o quanto são importantes para que o professor possa investir mais no momento de maior concentração e interesse da sala. Realizei anotações antes, durante e após cada aula. Essas anotações foram transcritas para o meio digital e depois analisadas.

3. DIMENSÕES DA DOR

Neste capítulo, busco apresentar a constituição da dor humana em suas diversas dimensões e a relação destas com a sociedade, seu modo de vida e o enfrentamento desse fenômeno no âmbito individual e coletivo, privilegiando a dimensão social da dor. Para tanto, apoio-me em um referencial socioantropológico que toma a dor como uma relação do indivíduo com a sociedade em que vive. Depois, serão trabalhados dois itens que fazem referencia às representações do enfermeiro sobre dor física e dor emocional.

O homem é um ser complexo, constituído por várias dimensões, a dimensão biológica, emocional, social e espiritual. A dor provoca no indivíduo sensações que atravessam todas essas dimensões. Diante da dor, o homem pausa o seu cotidiano, vive essa experiência buscando um sentido e um significado, uma resposta e um alívio para a dor que sente, podendo inclusive repensar sua vida.

3.1 Dor e cultura

> A dor como o amor, remete a uma experiência radicalmente subjetiva. A singularidade da dor como experiência subjetiva torna-a um campo privilegiado para se pensar a relação entre indivíduo e sociedade. Toda experiência individual inscreve-se num campo de significações coletivamente elaborado. As experiências vividas pelos indivíduos, seu modo de ser, de sentir ou de agir serão constitutivamente referidos à sociedade a qual pertencem (SARTI, 2009, p. 32).

Segundo Guerci (1998), a primeira interpretação cultural da dor aparece nas mitologias primitivas e arcaicas que separam o bem do mal, fazendo deles princípios autônomos em si, representados por imagens que lutam pelo domínio do mundo. A dor está associada ao mal, interpretada como manifestação do sombrio. Nessa visão, é recorrente o desprezo pelo corpo, que é compreendido como veículo do mal e, mais precisamente, da dor, da qual não podemos nos livrar, submetendo-nos a regimes duríssimos que podem ser punitivos.

Culturas de países como a Índia acreditam que a dor é sagrada. Existe um ritual em que se escolhe um indivíduo como representante do poder dos deuses para abençoar as crianças e os campos de cultivo. Para realização do ritual, o indivíduo é suspenso no ar, preso por ganchos de aço que são colocados sob os músculos das costas. Ele é balançado no ar, sustentado somente pelos ganchos. Durante o ritual, o indivíduo não apresenta expressão ou queixas de dor; pelo contrário, ele demonstra expressão de tranquilidade. A dor para ele, naquele momento, não representa sofrimento e, sim, satisfação. Isso porque, na sua sociedade, a dor tem conotação positiva, significa benção aos campos de cultivo (Kosambi, 1967).

Segundo Sargent (1984), os Bariba, no oeste da África, são conhecidos por não demonstrarem dor, mesmo quando expostos a ferimentos e rituais de iniciação. Quando questionados sobre a experiência de dor, preferem falar sobre honra e coragem, valores absorvidos ao longo da socialização dentro da família e em contato com os grupos tribais.

Na costa leste da África, indivíduos submetem-se a uma cirurgia de crânio chamada “trepanação”, em que é feita exposição do crânio aberto. O indivíduo submetido a esse procedimento não recebe nenhum tipo de anestésico, analgésico ou tranquilizante, ele permanece todo o tempo sentado, segurando uma tigela abaixo do pescoço para aparar o sangue (Melzack, Wall, 1991).

O controle da dor demonstrada por esses indivíduos é reflexo da sua vivência em uma sociedade e do modo como a mesma significa a dor frente a esse procedimento. Como desenvolve Zorowski (1969), a dor pode ser comunicada de diferentes maneiras, através de expressão corporal, como contorção do corpo, posições antálgicas, da fala e até mesmo da retração social. A dor pode causar o isolamento do indivíduo, afastando-o do convívio com outras pessoas para evitar situações de constrangimento.

Nesse sentido, podemos notar que algumas culturas atribuem uma conotação negativa à dor enquanto, em outras culturas, essa conotação é positiva, estando associada a atos heroicos, que trazem benefício para o indivíduo e para o seu grupo social. A dor tem, assim, o seu sentido atribuído pelo coletivo, ao mesmo tempo em que é individual e particular.

Quando refletimos sobre os indivíduos que suportam a dor sem afastá-la, podemos observar a força do social sobre o corpo. Ela faz superar a dor sentida na pele. Esses comportamentos têm a função de comunicar a experiência dolorosa, compartilhar o sofrimento que deve ser suportado. Esse conjunto de reações frente à dor são influenciados pelos fatores sociais e culturais (Helman, 1994).

Conforme analisado por Clastres (1974), um grande número de sociedades primitivas realiza ritual de iniciação dos seus jovens na idade adulta. O rito de iniciação ou de passagem utiliza o corpo dos iniciados como objeto de registro das regras dessas sociedades. "O corpo que a sociedade designa como único espaço propício a conter o sinal de um *tempo,* o *traço* de uma passagem, a determinação de um *destino.* O corpo mediatiza a aquisição de um saber e esse saber é inscrito no corpo através de um processo de laceração e dor que é enfrentado sem queixa de sofrimento pelo jovem que atribui sentido ao ritual da sua sociedade" (CLASTRES, 1974, p. 126).

Destaca Clastres (1974, p. 131) que, após o sofrimento imposto ao corpo, ainda resta um saldo deixado pelo sofrimento, as cicatrizes. Um homem iniciado é um homem marcado, e a marca impede o esquecimento. O corpo é uma *memória* de que ele pertence àquela sociedade. A marca sobre o corpo enuncia: "tu não terás o desejo do poder, nem desejará ser submisso". E essa lei não-separada só pode ser inscrita num espaço não-separado: o próprio corpo. O ritual de iniciação é uma pedagogia que vai do grupo ao indivíduo, da tribo aos jovens. Pedagogia da aceitação, "quem cala consente". Consente em aceitar-se no papel que passa a ter: de membro integral de uma comunidade. O desejo de pertencimento ao grupo é tão profundo nesses jovens que a dor sentida no corpo é suportada com prazer.

Para melhor compreender o significado da dor associado ao sofrimento por determinadas culturas, buscamos a relação entre a palavra "dor" e sofrimento. A raiz da palavra "dor" em diferentes idiomas foi analisado por Benveniste (1969). Em inglês, dor é *pain*; em alemão, *pein*; em grego, *poine*; e todas essas derivam do mesmo prefixo, que, em palavras homólogas, indica punição, ou seja, conceito de pena ou culpa sofrida para purificação. A raiz indo-europeia é idêntica e remete ao mesmo significado, sofrimento para aliviar uma culpa. A dor interpretada como culpa por algo cometido está relacionada a certas crenças e religiões, que veem na dor e no sofrimento uma maneira de expiação do erro cometido.

Estudo realizado por Zborowski (1969) mostrou que a resposta à dor entre americanos, judeus, italianos e irlandeses é distinta, e que cada grupo apresenta categorias próprias para expressar sua dor. Os americanos expressam a dor de maneira mais objetiva, focada no problema; os judeus costumam expressar preocupação com as consequências da dor e rejeitam medidas paliativas de tratamento; os italianos expressam desejo de alívio imediato da dor; e os irlandeses procuram minimizar a dor e omitir expressões que a

revelem. Em todos esses casos, pode-se observar a força cultural exercida sobre o enfrentamento da dor.

Adam e Herzlich (2001) também discutem esse aspecto e destacam que as diferenças culturais também interferem na avaliação que a equipe de saúde faz da dor do paciente. Nos Estados Unidos, o comportamento esperado pelos profissionais da saúde é que os doentes sejam calmos e que expressem dor somente quando ela estiver intensa. Os americanos de origem mexicana são mais queixosos e impacientes com a dor.

As diferenças culturais entre pacientes e profissionais da saúde acabam contribuindo para a desvalorização da queixa de dor do paciente. Daí a necessidade de o profissional da saúde conhecer a existência de uma constituição social da dor que pode ser diferente para si e para aquele que está sob seus cuidados.

Nas sociedades ocidentais, diante da doença e da dor, o indivíduo busca amparo nas instituições que cuidam da sua saúde. Nesses locais, ele tem contato com outras pessoas que, assim como ele, estão vivendo uma fase de dor e sofrimento; socializando uma realidade vivida e construída a partir da dor. Podemos dizer que essas pessoas na instituição formam a "comunidade do sofrimento", porque compartilham situação semelhante, interagindo e vivendo experiências no seu cotidiano que podem reforçar ou modificar sua representação de dor.

Na socialização, afirmam Berger e Luckmann (1996), o indivíduo se depara com dois mundos: o mundo criado a partir da sua subjetividade, constituído por suas experiências simbólicas; e o mundo da sociedade, como realidade vivida. O mundo social existe quando faz sentido para o indivíduo. O indivíduo carece das suas construções subjetivas para dar significado à sua relação em sociedade. Isso acontece a partir das experiências que vivencia no seu cotidiano e que compartilha nas suas relações sociais.

O aprendizado social é essencial no desenvolvimento das representações atribuídas à dor. Em grande parte das culturas, a dor é considerada algo ruim que pode acontecer aos seus membros. Diante da experiência de dor, os indivíduos buscam respostas na ciência, nas religiões, nas crenças e nos valores morais de sua cultura.

De acordo com Teixeira et al. (1996), algumas religiões, entre elas o Cristianismo, concorrem para aceitação da dor e do sofrimento como uma das maneiras de aliviar seus pecados e de compartilhar o mesmo sofrimento pelo qual Jesus Cristo passou. Assim, aceitam e enfrentam sua dor e sofrimento, sem queixas.

Diante da dor, o homem lança mão de toda experiência acumulada, dos seus valores religiosos ou laicos. Nas palavras de Le Breton, "a fisiologia humana nunca

funciona numa espécie de pureza, de virgindade biológica que a manteria fora da história, fora do inconsciente, fora do social. Ela é atravessada por simbolismos sociais e culturais" (2013, p. 18). Corpo e cultura se entrelaçam na vida social, na experiência do homem com o mundo.

Na relação com seu corpo, o indivíduo não é uma tela de projeção; ele transforma as sensações experimentadas em categorias próprias, partilhadas em seu estilo pessoal com os outros membros de seu grupo de referência. A resposta de um indivíduo à dor pode ser replicada por aqueles que a presenciam. A cultura interiorizada pelo indivíduo orienta as percepções sensoriais e dá, diante da dor, as categorias de pensamento que provocam medo ou indiferença (LE BRETON, 2013).

Nessas percepções, reforça Le Breton,

> [Os] doentes que se beneficiam de um acompanhante sentem nitidamente menos dores que outros pacientes. A eficácia do placebo ou da qualidade dos acompanhantes lembra quanto a dor está arraigada na dimensão simbólica; imersa no vínculo social e de sentido. Não há objetividade da dor, e sim subjetividade que solicita toda espessura do homem, especialmente sua relação com inconsciente tal como ela se constituiu ao longo de sua história pessoal, seu enraizamento social e cultural, e sua relação com aqueles que o cercam. (2013, p. 78).

Segundo Melzack (1987), no que diz respeito à experiência dolorosa, aspectos cognitivos comportamentais e socioculturais influenciam a representação da experiência de dor. As crenças sobre o sentido e o significado de uma dor, o contexto em que ela ocorre e as emoções associadas a esse contexto podem afetar a sensação que é lida como dor.

A dor é, portanto, uma experiência aprendida, influenciada pela situação e pelas relações de toda uma vida. Como desenvolve Rafael (2017, p. 36), "a aprendizagem do conceito da dor é incutida nas crianças, desde muito cedo, através dos seus pais ou de outras pessoas significativas. A interpretação de um sintoma, a atribuição de um significado, a expressão do desconforto e as possíveis respostas à doença, à lesão ou à dor são ensinadas e apreendidas de modo sutil através da simples observação. A existência de dor faz-se acompanhar por mudanças da expressão facial e corporal, emissão de sons e palavras que por si só descrevem alguém com dor." Assim sendo, os indivíduos podem

ser mais ou menos propensos a ignorar ou supervalorizar a dor, dependendo da forma como foram ensinados.

Como discutido neste capítulo, cada cultura ou grupo social tem sua própria linguagem de sofrimento, através da qual o indivíduo sofredor comunica sua dor. A forma que esse comportamento vai assumir é determinada pela cultura, assim como a resposta a esse comportamento e seu modo de se expressar (LE BRETON, 2013). Alguns grupos esperam uma manifestação extravagante da dor, outros valorizam seu abafamento.

Mauss (1921), em seu estudo "Expressão obrigatória de sentimentos", identifica que, em determinadas culturas, como na Polinésia, há um ritual em que pessoas são chamadas para expressar sentimentos como "dor e choro" em situações de luto. Há, como analisa o autor, uma obrigatoriedade por parte dos indivíduos em expressar esses sentimentos, para que seja cumprida essa obrigação para com a pessoa que morreu e para com a sociedade. Pessoas são convocadas a chorar em alto e bom som para expressar dor e sofrimento mesmo que não seja um sentimento espontâneo.

A presente pesquisa desenvolvida com enfermeiros docentes traz essa questão da obrigatoriedade dos sentimentos.

Através da fala de Flor de Liz, podemos notar que o enfermeiro também sente quase uma "obrigação" profissional em expressar sentimento de empatia e compaixão pelo paciente que sofre. Flor de Liz: *na minha época, quando você estava estudando enfermagem você aprendia que tinha que ter dó do paciente, pena da sua dor e do seu sofrimento. Então, eu acho que naquela época a enfermagem cuidava melhor, hoje é mais pelo dinheiro, ninguém se comove com a dor do doente. Na enfermagem, a gente tem obrigação de ter esses sentimentos. Eu costumo falar isso para os meus alunos, que precisa ter empatia com o paciente, senão não serve para trabalhar na enfermagem. Se a gente não tiver, vai esperar de quem?*

A dor implica, assim, um relacionamento social entre o sujeito e as demais pessoas envolvidas. A natureza dessa relação vai determinar, em primeiro lugar, se a dor será revelada e como será revelada. As pessoas receberão atenção e compreensão se o seu comportamento de dor atender à visão que sua sociedade e seu grupo de pertencimento têm em relação ao modo como as pessoas devem chamar a atenção para o seu sofrimento, seja por uma exibição extravagante de emoções, seja por uma alteração sutil em seu comportamento.

Nas sociedades ocidentais, a dor estabelece o encontro com o profissional da saúde (ADAM, HERZLICH, 2001), e a doença é interpretada pelo médico com base no

seu conhecimento fisiopatológico. Já os pacientes interpretam seus sintomas a partir de um referencial baseado nos grupos em que estão inseridos. Portanto, as doenças têm representações diferentes, variando de indivíduo para indivíduo. Como desenvolve Laplantine (2001), as representações sociais situam-se sempre na relação do individual com o social. Dessa forma, o indivíduo interpreta e responde à sua dor de acordo com a teia de relações na qual está inserido.

A percepção da dor é, portanto, resultado de um aprendizado social e cultural. Ela não reproduz categorias objetivas e modificações sensoriais. O conteúdo da consciência não é equivalente ao conteúdo físico. Interpõe-se uma elaboração em que o indivíduo, com sua visão de mundo, suas referências de sentidos e de valores, interpreta em sua linguagem e o que pensa sentir, o que torna difícil para o doente quantificar e objetivar sua queixa de dor.

No ambiente hospitalar, há um cenário composto por um pluralismo cultural, e cada ator traz consigo sua representação de dor ao mesmo tempo em que é exposto a olhares diferentes sobre a sua dor. E a resposta para a dor estará sempre carregada dessa mistura cultural, de modo que o doente, aquele que sofre, nem sempre tem a última palavra sobre sua própria dor.

3.2 Dimensão social da dor

> "A quantidade e a qualidade da dor que sentimos é determinada pelas nossas experiências prévias e de quanto bem nos lembramos delas; pela capacidade de entender suas causas e compreender suas consequências. Ainda, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor" *(MELZACK, WALL, 1991 p. 18).*

Nossos valores, crenças e atitudes são construídos a partir da infância, no convívio social. É no cotidiano, no dia a dia, na travessia do caminho de nossas vidas que nos construímos como pessoas, que constituímos nossos valores acerca de tudo que está à nossa volta. Busca-se, neste item, pensar como se constrói, no indivíduo, a representação social da dor e como o indivíduo compartilha com o outro esse sentimento. Para pensar esses aspectos, apoiamo-nos em Ferdinand de Saussure e Michael Bakhtin.

A partir desses autores, destacaremos pressupostos para circunscrever a representação de dor a partir dos signos e da linguística.

Para Saussure, “[O]s costumes de uma nação têm repercussão na língua e, por outro lado, em grande parte na língua que constitui a nação” (1926, p. 29). Através dessa expressão, compreende-se que a maneira de falar de um indivíduo reflete e refrata a sociedade e a cultura em que ele viveu e vive. Sendo assim, podemos compreender a língua como meio principal da comunicação.

Quando ouvimos uma língua que desconhecemos, percebemos bem os sons, mas devido à nossa incompreensão, não conseguimos interagir adequadamente com o outro, que apesar de ser semelhante fisicamente, utiliza signos desconhecidos para a comunidade de onde vem, porque a língua é a parte social da linguagem, exterior ao indivíduo. Através dela, conseguimos expressar nosso pensamento, demonstrar quem somos e de onde viemos. Para Saussure, “o indivíduo, por si só, não pode criá-la, ou modificá-la; a língua existe por conta de um contrato estabelecido entre os membros da comunidade” (1926, p. 30).

A língua constitui-se, assim, num sistema de signos onde, de essencial, só existe a união do sentido e da imagem acústica, e no qual as duas partes do signo são igualmente psíquicas. A língua, não menos que a fala, é um objeto de natureza concreta, o que oferece grande vantagem ao seu estudo. De acordo com o autor acima citado, os signos linguísticos, embora sendo essencialmente psíquicos, não são abstrações. Para Saussure, a língua é coletiva, algo acordado em convenção, porém, a fala é algo pessoal, que o indivíduo constrói a cada dia junto com suas experiências pessoais.

A partir das contribuições de Saussure, podemos pensar uma aproximação com a construção da representação da dor para o indivíduo, primeiro a partir do que ele aprendeu coletivamente sobre dor, na comunidade a que pertence, pela própria língua, uma categoria comum a todos aqueles que convivem juntos. Segundo, podemos pensar na sua fala sobre dor como sendo uma reapropriação pessoal, uma realização própria baseada nas suas experiências cotidianas. Assim, quando o indivíduo pensa sobre o termo “dor”, sua representação, constituída a partir da compreensão do seu contexto social, dos elementos que o compõem, vem impregnada do social e do pessoal, da língua e da fala, de uma construção com o grupo e de uma construção *sui generis*.

No referente à palavra proferida pelo indivíduo, na sua representação de dor, Bakhtin argumenta: “a palavra penetra literalmente em todas as relações entre os indivíduos, nas relações de colaboração, nas bases ideológicas e nos encontros fortuitos da vida cotidiana. É, portanto, claro que a palavra será sempre o indicador mais sensível de todas as transformações sociais” (BAKHTIN, 1929, p. 40).

A palavra é um veículo transmissor de representações; ela transmite para o outro e para o próprio indivíduo que, ao pensar sobre suas próprias palavras, pode sofrer modificações. Na palavra do indivíduo a respeito de sua representação sobre a dor, está contido um indicador de transformação social; a palavra transforma o indivíduo e o indivíduo transforma e modifica as palavras através das mudanças sociais que ele mesmo vive. Para Bakhtin, a psicologia do corpo social não se situa em nenhum lugar interior; ela é, pelo contrário, inteiramente exteriorizada na palavra, no gesto, no ato.

Segundo Saussure, existe uma possibilidade de aprofundamento para a discussão social do discurso que constrói conceitualmente a representação da dor em um espaço que, segundo Bakhtin, pode ser visto como uma arena social. Para o linguista russo, é através dos processos de interação social, nas trocas discursivas, que os sujeitos constroem a significação/representação/ideias. Se Saussure descreve na relação fala/língua um fluxo em mão dupla que vai do indivíduo para a sociedade, em Bakhtin é no confronto entre indivíduos que transitam em espaços discursivos diversos existentes no plano social que um falante (usuário da língua) demarca os modos através dos quais se criam os significados, inclusive em sua dimensão ideológica.

Assim, cada sociedade tem uma representação sobre a dor. Para algumas sociedades, como a ocidental, a dor representa sofrimento, sentimento negativo. No entanto, para algumas sociedades indígenas, a dor pode representar heroísmo, tendo uma conotação positiva. No entanto, cada homem dessas sociedades tem sua própria percepção da dor, que pode variar indubitavelmente da representação coletiva, ao mesmo tempo em que parte dela esteja associado ao coletivo.

Segundo Bakhtin, cada época e cada grupo social tem seu repertório de formas de discurso. Desse modo, entende-se que a representação sobre a dor do indivíduo não é estática, mas dinâmica; cada grupo social tem sua maneira de representar e comunicar a dor e essa maneira sofre influência de sua época. Atualmente, nas sociedades ocidentais, o homem tolera menos a sensação de dor, quando comparado a gerações passadas. Parte disso acontece pelo fato de que, hoje, o homem tem à sua disposição um arsenal farmacológico de analgesia de que, no passado, a sociedade não dispunha, ou seja, sua representação sobre a dor sofreu influência de transformações tecnológicas próprias de sua época.

Quando a criança nasce, ela é recebida em um berço de tradições. A sociedade já está posta e em andamento. Assim, a influência cultural é muito forte, ela vai aprender os signos que aquela sociedade compartilha. A partir desses signos e de valores, de suas

experiências diárias, ela vai criar novas perspectivas e maneiras de comunicar suas representações.

Para Helman (2009), cada ser humano, em um sentido simbólico, tem dois corpos: um corpo individual, adquirido ao nascer; e um corpo social, necessário para viver dentro de uma sociedade e grupo cultural.

De acordo com Le Breton (2013), o rosto da mãe, sobretudo a tonalidade da sua voz e a qualidade da sua presença, conjugam sua influência e levam a criança a modelar pouco a pouco sua experiência numa linguagem. A mãe dá nome à dor e contribui para inseri-la nas malhas de uma rede simbólica; sua atitude estimula ou dissuade, acalma ou alimenta a dor.

Segundo o autor, a ação simbólica atenua a dor ao modificar seu significado e, por consequência, sua natureza. Atingindo a percepção, atinge fisicamente seu objeto. Ela restaura o poder do indivíduo sobre si mesmo. A dor é, assim, uma amplificação de significados sociais e pessoais desenvolvidos pelos indivíduos, sendo, portanto, uma relação social.

Como desenvolve Le Breton (2013, p. 60),

> a dor sentida não é, pois, um simples fluxo sensorial, mas uma percepção que suscita primeiro a questão da relação do indivíduo com o mundo e da experiência acumulada a esse respeito. A dor não escapa à condição antropológica das outras percepções. É simultaneamente experimentada e avaliada, integrada em termos de significado e de valor, nunca puramente fisiológica, a dor pertence a esfera simbólica.

Aprende-se desde cedo, portanto, a identificar e a expressar de determinado modo a dor sentida.

Segundo Berger e Luckmann (1996), a socialização é fundamental para o desenvolvimento de valores, crenças, atitudes e comportamentos referentes à dor. A absorção de cada um desses elementos tem origem na infância, momento em que ocorre a socialização primária, tida como fundante na formação do indivíduo. A socialização secundária ocorre através dos aparelhos institucionais como a escola, a igreja, o trabalho e outros grupos que o indivíduo integra durante sua vida. Helman (1994) corrobora com esse pensamento, afirmando que a cultura exerce importante influência em muitos aspectos da vida das pessoas, incluindo crenças, comportamentos, percepções, emoções,

língua, linguagem, estrutura familiar, alimentação, vestuário e atitudes em relação à saúde, à doença e à dor.

Dentre esses grupos, a família é o primeiro grupo social com que a criança se relaciona. Quando pesamos em família, devemos considerar as diversas configurações de família que temos atualmente em nossa sociedade, matriarcal, patriarcal, casais homossexuais, dentre outras configurações. O sentido principal da ideia de família, aqui, é aquele grupo que convive diariamente na mesma casa, que compartilha as vivências.

Segundo Sarti,

> a família é o lugar onde se ouvem as primeiras falas, com as quais se constrói a autoimagem e a imagem do mundo exterior. Assim, é fundamentalmente como lugar de aquisição de linguagem que a família define seu caráter social. Nela, aprende-se a falar e, por meio da linguagem, a ordenar e dar sentido às experiências vividas. A família, seja como for composta, vivida e organizada, é o filtro através do qual se começa a ver e a significar o mundo. Esse processo que se inicia ao nascer estende-se ao longo de toda a vida, a partir dos diferentes lugares que se ocupa na família. (2004, p. 17).

A família colabora para a formação de representações, atitudes e comportamentos, bem como para o enfrentamento de diversas situações e emoções, como perdas, dores, desilusões amorosas e outros sentimentos. Ela ajuda a criar nos indivíduos a capacidade de enfrentamento, podendo reforçar, ignorar, ou até mesmo punir um membro da família com queixa de dor. Essa resposta ficará memorizada no campo de experiências e significações do indivíduo. A família está aberta ao universo externo, sofrendo constantemente suas influências.

3.3 A dor como relação do indivíduo com a sociedade

Calil Am e Pimenta Cam destacaram: “a dor faz parte da vida humana. Portanto, entende-se que a dor caminha lado a lado com o indivíduo, e que em algum momento de sua vida ele vai viver a experiência desse fenômeno” (2005, pp. 325-332).

Esse fenômeno da dor, segundo Wafield e Bajwa (2004), desde os primórdios da humanidade, conforme sugerem registros e documentos históricos, tem sido objeto de interesse e preocupação por parte de várias populações. Remontam à antiguidade os primeiros registros referentes ao tratamento da dor, observados em papiros egípcios

datados do ano quatro mil antes de Cristo. Como Leça, Fernandes e Vieira (2006) evidenciaram, esse fenômeno é individual e subjetivo, mas também social e coletivo. Ainda hoje, a dor permanece sendo uma das principais preocupações, dada a maneira como cada indivíduo reage a ela, o que está bastante relacionado com sua história de vida e seus espaços de pertencimento na sociedade que está inserido.

Há, portanto, formas de expressão e comunicação da dor segundo padrões culturais de valorização, desvalorização e da exteriorização da resposta de dor. Para Budó e Nicolinid (2007), a exteriorização é uma forma de tornar a dor particular em uma dor pública. Isso se dá de acordo com a cultura na qual o indivíduo está inserido e com as diversas formas de pertencimento, gênero, raça, classe social, dentre outros fatores.

Como destaca Helman (2003), cada cultura ou grupo social (por exemplo, a família) tem uma linguagem para expressar seu sofrimento. Essa linguagem pode ser entendida como um conjunto de termos próprios por meio dos quais os indivíduos enfermos fazem com que as outras pessoas se tornem cientes do seu sofrimento.

Segundo Pimenta e Portinov (1999), a cultura corresponde a um conjunto de sistemas e ideias, conceitos, regras e significados compartilhados por uma sociedade, informando ao indivíduo como vivenciar os fatos emocionalmente. A maioria desses valores e crenças são aprendidos na infância, durante o processo de socialização (DUBAR, 2005). Assim, podemos afirmar que a dor e sua expressão são aprendidas com o outro, durante esse processo de socialização que começa na infância e segue nos diferentes papéis sociais que o indivíduo desempenha ao longo da vida.

Parte-se, assim, de uma experiência individual, como a dor, inscrevendo-a num campo de significações coletivamente elaborado desde o nascimento. Esse processo de significação e socialização corresponde a dois momentos de confronto do indivíduo com a sociedade: tomando esta como realidade objetiva; e interiorizando essa realidade como subjetiva. Não existe realidade social sem significado subjetivo para o indivíduo, da mesma forma que o significado de cada ato individual só existe como produto do que lhe é dado viver na sociedade (SARTI, 2001).

O homem necessita de fontes simbólicas para encontrar seu apoio no mundo. Não fosse dirigido por padrões culturais, sistemas organizados de símbolos significantes, o comportamento do homem seria um simples caos de atos sem sentido, sua experiência não teria qualquer forma. O indivíduo precisa do outro para expressar suas emoções. Essas são, portanto, produtos sociais.

A cultura é essencial para a existência humana. É a cultura que atribui sentido ao que não se pode compreender nem intervir (GEERTZ, 1973). Do corpo nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência individual e coletiva. Destaca Le Breton:

> ele é o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo nos quais a existência toma forma através da fisionomia singular do ator. Através do corpo, o homem apropria-se da substancia de sua vida, traduzindo-a para os outros, servindo-se dos sistemas simbólicos que compartilha com os membros da sociedade. (2012, p. 65)

Dessa forma, quando o corpo do homem sofre, quando sente dores, sistemas simbólicos são acionados para que se possa expressar essa dor. Esse sistema simbólico tem características próprias de acordo com cada cultura, e a experiência individual com a dor é informada por esse sistema.

No livro *A interpretação das culturas*, Geertz (1973) mostra que é através de concepções herdadas em formas simbólicas que os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades uns para com os outros. Mais do que isso, o autor fala de uma dependência em relação aos símbolos e sistemas simbólicos, a ponto de serem eles decisivos para a viabilidade do homem como criatura, ser social.

Quando ouvimos as primeiras falas, não aprendemos apenas a nos comunicar; captamos uma ordem simbólica, uma ordenação do mundo pelo significado que lhe é atribuído pelos indivíduos que dela fazem parte. Esses significados concedem forma aos nossos sentimentos, constituindo-se como uma maneira de falar que é particular a cada indivíduo. A maneira como cada indivíduo apropria-se das palavras e de seus significados está relacionada com o mundo em que vive, com a sua teia de relações e com as atividades diárias que realiza.

Assim como a palavra, a dor também precisa fazer sentido para o outro, ser comunicada e compartilhada. O significado social marca a forma como a dor será expressa, vivida e tolerada por cada indivíduo, dependendo das suas experiências prévias com esse sentimento e das diferenças em termos de gênero, classe, raça/etnia, geração etc.

“Mais do que a manifestação dos próprios sentimentos, é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros. É essencialmente uma ação simbólica” (MAUSS, 1921, p. 153).

O homem, assim, não nasce pronto. Ele aprende aos poucos como deve comunicar seus sentimentos e suas dores. A construção desse processo ocorre gradualmente, mediante o relacionamento com os outros, em função da sua educação e tendo em vista os exemplos ao seu redor. O homem como ser social não existe sem o outro com os quais se relaciona.

Quando o homem sente dor, ele necessita compartilhar essa sensação com o outro, com aqueles com os quais se relaciona, que fazem parte da sociedade em que está inserido. Isso ocorre desde da infância, quando a criança, ao sentir dor, chora e procura ajuda. Esse comportamento de comunicar a dor ao outro acompanha o indivíduo ao longo da sua vida, é natural à condição humana de necessitar do outro (MELZACK, WALL, 1991).

O sentimento de dor pode gerar no outro comoção, sofrimento, angústia ou compaixão com maior ou menor intensidade. O sentimento de compaixão diante do outro pode significar também evidência de desigualdade, revelando distinção social, entre os que sofrem (despossuídos) e os que não sofrem (detentores de bens sociais) (ARENDT, 1971).

O convívio com o outro favorece a construção de novas experiências. Aprendemos com o comportamento e atitudes do outro, com a maneira com que o outro enfrenta situações de sofrimento, como a dor. Construímos, assim, nossas representações a partir do ingrediente básico da convivência com o outro, na compreensão da linguagem e da fala.

Para Engel (1959), a dor provoca mudança de atitude e de comportamento naquele que sofre e naqueles que estão à sua volta. Desde a mais tenra idade, o choro provocado pela dor causa atitude de ajuda em quem está próximo da criança. Ela pode ser levada ao colo, acariciada e protegida. Essa resposta por parte do adulto fica registrada na memória da criança como experiência pós-estímulo doloroso. Assim, na fase adulta, quando o indivíduo atravessa a situação de dor, aguarda do outro uma resposta quase sempre semelhante àquela que recebeu na sua infância. Ou seja, a presença do outro, sua atitude frente ao sofrimento, faz total diferença no momento de dor.

Nas distinções de classe social, os sofrimentos da dor pelos despossuídos aparecem como naturais. Essa concepção é interiorizada pelos socialmente

desfavorecidos, o que os leva à noção de desvalorização de si e dos seus sentimentos, à ideia de que o bem-estar é um sentimento para a classe dominante[10].

Pessoas socialmente desfavorecidas aceitam o sofrimento e a dor como causa natural de suas vidas, como designío de Deus ou da sua própria sorte. A dor e o sofrimento fazem parte da sua situação de pobreza. Algumas vezes, a dor é recebida como penitência divina e suas vítimas provavelmente relutarão em buscar alívio, pois aceitar a dor sem queixa pode significar alívio espiritual. A compreensão dessa concepção moral pelo profissional enfermeiro e de seu lugar estruturante na experiência de dor do outro é fundamental para o alívio do sofrimento (SARTI, 2001).

3.4 Dor física: objetivação e quantificação da dor

Este item busca tratar da dimensão física da dor, do funcionamento dessa sensação sentida no corpo. Pretende-se descrever quais entidades são responsáveis pelo estudo da dor física e como é realizado o controle e manejo da dor nas instituições de saúde. Este item é relevante para que se possa compreender a importância da atuação do enfermeiro assistencial na avaliação e no controle da dor física e do enfermeiro docente na formação do técnico de enfermagem, responsável pelo atendimento do paciente com queixa de dor. É possível verificar nesse material o esforço da medicina em tentar objetivar a dor, quantificar e medir a dor do paciente através de escalas que são seguidas pela enfermagem.

Conforme o disposto na IASP (Internacional Association for the Study of Pain), o conceito de dor corresponde à experiência sensitiva e emocional desagradável relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos, à qual cada indivíduo reage de acordo com suas experiências anteriores (MERSKEY, 1994). Porém, McCaffery, em uma visão mais humanística, diz que "dor é o que o paciente diz ser, e existe quando ele diz existir" (2000, p. 70).

Vasconcelos (2006), apoiado em uma referência biológica/fisicalista, ressalta que a dor é provocada por um estímulo, seja uma agressão tecidual, seja um estado inflamatório primário. Esse estímulo atua sobre o receptor, diminuindo o seu limiar de dor e pondo em marcha uma série complexa e múltipla de reações neuronais e

[10] Esse sentimento de desvalorização é, segundo Bourdieu (2007), denominado “violência simbólica”, em que o dominado age e pensa contra si próprio, internalizando como legítimos os mecanismos de dominação.

bioquímicas. Esse processo leva à despolarização/polarização da membrana celular pela degradação do ácido araquidônico, sobretudo prostaglandinas E e I, mas também das histaminas e serotonina (ainda não totalmente clarificadas as funções destas). O impulso nociceptivo percorre as fibras finas (C e A - delta) em direção ao corno posterior da medula. Essa condução ocorre através de neurotransmissores. As fibras grossas também atuam produzindo impulso doloroso.

De acordo com o autor, a percepção da dor física pode ser breve, ter uma duração de horas ou ser permanente. A modulação refere-se às formas internas e externas de reduzir ou aumentar a dor. A substância gelatinosa que reveste os neurônios pode ser regulada para excitar ou inibir a dor. Os neurotransmissores medeiam esta inibição descendente. As terminações dos neurônios que descem a partir do bulbo contêm serotonina; as terminações nos neurônios que descem a partir da ponte (acima do bulbo) contêm norepinefrina. Muitas substâncias que se encontram no cérebro têm propriedades analgésicas, ajudando no controle da dor. A modulação da dor pode exercer um papel-chave nos estágios de dor, especialmente na dor crônica.

Segundo Tolosa (1971), as dores são diferenciadas entre agudas e crônicas. As dores agudas são consideradas fisiológicas, como um sinal de alerta, da maior importância para a sobrevivência. Têm duração limitada no tempo e espaço, cessando com a resolução do processo que a causou.

De acordo com a Sociedade Brasileira para Estudos da dor (SBED, 2006), pode-se conceituar como dor crônica aquela que persiste por mais de 3 meses. A dor crônica causa muitos sintomas associados e se comporta como se fosse uma doença em si. Geralmente causa imobilidade, depressão, alterações do sono, problemas nutricionais, dependência de medicamentos, de profissionais da saúde, incapacidade para o trabalho, ansiedade, medo, amargura, frustração e depressão. Esses sintomas também definem a subjetividade da dor.

Um estudo que analisou os conceitos de enfermeiros e médicos sobre dor e analgesia no trauma constatou que, para eles, a dor é um fenômeno subjetivo, podendo ser indicada e quantificada pela pessoa que sente. Na área da saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (2002) e a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED, 2009), a dor é considerada o quinto sinal vital, devendo ser avaliada pela equipe de saúde periodicamente, junto com a aferição dos demais sinais vitais, que são pressão arterial, frequência cardíaca, movimentos respiratórios e temperatura.

Para avaliar a queixa de dor, é utilizada a escala de visualização analógica (EVA), que consiste em uma linha horizontal ou vertical de zero a 10, em que zero significa ausência de dor e 10, a dor máxima para o indivíduo. Para crianças ou indivíduos que desconhecem números, utiliza-se a escala de faces. De acordo com a mímica representada em cada face desenhada, essa escala corresponde à classificação numérica. Acredita-se que, embora a dor possa ser quantificada com a utilização de escalas, esse fenômeno permanece subjetivo, pois cada indivíduo responde à dor de acordo com suas experiências anteriores.

Na perspectiva biológica, as variações na experiência de dor entre os indivíduos são denominadas "limiar de dor". O limiar de dor representa a menor intensidade em que o estímulo doloroso é percebido pelo indivíduo. A tolerância à dor é a menor intensidade em que o estímulo doloroso é percebido pelo indivíduo como desconfortável. Segundo Stembacki e Tursky (1965), a tolerância varia muito entre as pessoas, estando relacionada a fatores sensoriais (extensão e localização da lesão), fatores genéticos (relativo ao sistema nociceptivo), emocionais (medo, raiva, ansiedade, depressão), culturais (aprendizagem, experiências anteriores e significado simbólico da dor) e sociais (situação econômica, social e afetiva).

3.5 A dor como experiência e aprendizado

A dor pode ser considerada um fenômeno multidimensional, e caracterizá-lo significa observar e avaliar a experiência do indivíduo nas suas várias dimensões: neurofisiológica, pois envolve mecanismos de ativação dos receptores periféricos; e psicossocial, considerando a influência emocional positiva e negativa sobre o individual e cultural, relacionada a crenças, significados e comportamentos prévios a dor. A partir de experiências vividas, em dado tempo e lugar, o indivíduo carece de resgatar suas experiências anteriores para compreender sua dor e a dor do outro. Em sua dimensão social, a dor pode ser compreendida como produto de nossas crenças e valores, uma vez que está referida ao pertencimento do individuo a uma dada cultura.

Para Helman (2003), a dor é também o elemento fundamental para proteção e manutenção da vida, pois é sinal de algum dano, tem papel biológico importante e pode ser manifestada por dois tipos de reação: involuntária e voluntária. A reação involuntária é instintiva, mas a reação voluntária à dor pode envolver outras pessoas e é influenciada, além do fator biológico, por fatores socioculturais.

Assim, embora a dor possa ser quantificada com a utilização de escalas, esse fenômeno permanece sendo social e subjetivo, pois cada indivíduo responde à dor de acordo com suas experiências anteriores e lugares sociais de pertencimento.

O indivíduo sente a dor como apreendeu a sentir e a identificá-la na sociedade em que vive. A criança pequena aprende sobre a dor a partir da família que a criou. Sua resposta frente ao desconforto está enraizada no seu contexto social. Como desenvolveu Le Breton, "o homem encontra a capacidade pessoal de resistência primeiramente no que sabe sobre a dor dos outros; ela está à altura de seu grupo social de pertencimento" (2013, p. 110).

As experiências enfrentadas e acumuladas pelo grupo ao qual o indivíduo pertence o levarão a uma expectativa sobre determinado sofrimento. É comum as pessoas perguntarem umas às outras: *Doeu muito? Você sentiu muita dor quando passou por isso?*

De acordo com as respostas recebidas, os indivíduos imaginam o limiar de dor sobre determinada experiência, criam expectativas e preparam-se para atravessar essa sensação desconfortável. Como destaca Le Breton (2013), a sociedade indica simbolicamente os limites do lícito e, fazendo isso, esforça-se por dissuadir os possíveis excessos. Ou seja, quando o indivíduo reage de maneira diferente do esperado, a sociedade reage, demonstrando surpresa. Por exemplo: em nossa sociedade, é esperado que a viúva chore a perda do marido; a ausência do choro que demonstra dor e sofrimento pode causar na sociedade dúvidas frente ao amor da esposa.

Cada sociedade tem sua maneira de sentir, enfrentar e demonstrar a dor aos outros. As experiências vivenciadas com a dor e a bagagem cultural do indivíduo podem explicar o nível de tolerância da pessoa com relação à dor. A experiência dolorosa resulta da interpretação da dor, que resulta das experiências anteriores, crenças, atitudes, conhecimento, significado simbólico atribuído à queixa dolorosa e ao humor. A dor é uma experiência individual, subjetiva e social que não resulta somente da lesão tecidual sofrida. Como discute Melzack (1991), sua interpretação da dor é social, e está ancorada à cultura à qual o indivíduo pertence.

A dor perpassa, assim, todas as dimensões que constituem o indivíduo; ela pode ter início em qualquer uma das dimensões, mas, com certeza, sua intensidade alcançará as demais dimensões dependendo da força de sua agressão e do enfrentamento do indivíduo diante da dor.

3.6 Dor emocional: a referência ao universo psicológico

De acordo com Philipps, Wilma J. et al. (1995), "[A] dor emocional é difícil de compreender e de tratar. Este tipo de dor não tem uma base fisiológica; parece ser originada no estado psicológico do doente. Pode estar associada à perda de um ente querido, depressão ou outras doenças mentais".

A informação de uma doença física, fora de possibilidade terapêutica, pode causar a chamada "dor emocional". Muitos doentes relatam sentir a dor emocional, destacando-se a ansiedade e depressão. Segundo Márquez (2011), existem fatores que contribuem para a dor emocional, como a natureza e o prognóstico da doença, a capacidade de lidar com a dor, a ausência de apoio da família e social, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde frente à queixa de sofrimento emocional.

Para Adams e Field (2002), há uma relação direta entre a sensação de dor e a ansiedade. De acordo com a teoria do controle dos canais, discutidos na dor física, os doentes que têm elevados níveis de ansiedade são mais sensíveis à dor, devido a aumentos na atividade cortical, com subsequentes diminuições na atividade inibitória reticular.

Nessa percepção, a ansiedade tem uma relação diferente entre a dor aguda e a dor crônica. Na dor aguda, a dor aumenta a ansiedade. O tratamento adequado reduz a dor e, posteriormente, o nível de ansiedade. De acordo com Twycross (2003), a ansiedade reduzida causa uma posterior redução da dor. A dor crônica aumenta a ansiedade na medida em que o tratamento tem pouco efeito, proporcionando um aumento num ciclo de dor.

Segundo Aguiar e Caleffi (1999), várias síndromes e vários transtornos psiquiátricos podem estar ligados a quadros crônicos de dor, tais como: transtornos afetivos do tipo depressivo; transtornos de ansiedade; transtornos somatomorfos; transtornos psicóticos; abuso de drogas; as assim chamadas neuroses de compensação (fatores psicológicos afetando condições físicas); transtorno factício com sintomas físicos e simulação.

Todas essas condições podem apresentar dor como um dos seus componentes e sua correta identificação tem papel fundamental no tratamento. Na chamada simulação, a dor não está sendo sentida, mas inventada. Entretanto, por que o paciente se queixa de dor, ela é respeitada. Em todos esses casos, o paciente queixa-se de uma dor emocional, difícil de ser compreendida e tratada.

Como desenvolve Le Breton (2013, p.45), “para o homem que sente dor, o mundo transborda de dor.” A ansiedade que nasce de tal estado e o sentimento de um suplício que corre o risco de só acabar quando sua própria vida acabar tornam a experiência mais insuportável ainda. A depressão, a dor emocional e a dor crônica se sustentam. O desinteresse pelo mundo da vida e o fechamento em si alimentam-se, convertendo tudo em amargura e tristeza.

4 ENFERMAGEM: FORMAÇÃO PARA O ALÍVIO DA DOR

Neste capítulo, pretende-se, num primeiro momento, discorrer sobre a enfermagem como cultura para tornar compreensível o universo em que os profissionais dessa área estão inseridos. Na sequência, será abordada a história da formação do enfermeiro docente a nível médio, as principais escolas e o processo ensino-aprendizagem envolvendo o assunto dor.

4.1 Enfermagem como cultura

Como desenvolve Helman (2009), há uma subdivisão da cultura no interior das sociedades complexas, que é vista nas várias subculturas profissionais existentes, como na enfermagem, na medicina, na área militar, entre outras, e que possuem características e regras específicas. Em cada caso, as pessoas que atuam nesses ambientes formam um grupo à parte, com seus próprios conceitos, regras e organização social.

No interior desses grupos, cada indivíduo carrega em si uma “bagagem cultural” composta por crenças e valores que fazem dele a pessoa que é, e essa “bagagem” o acompanha em sua trajetória pessoal, acadêmica e profissional, sendo transformado e recomposto nas novas interações e espaços sociais onde circula. Em cada atividade que realiza, nas respostas que apresenta frente às inúmeras situações, o indivíduo faz uso dos recursos trazidos com ele. Ao mesmo tempo, a interação social com as pessoas de sua comunidade e os locais por onde transita também modificam e transformam o indivíduo e sua bagagem cultural.

Segundo Geertz (1973), podemos considerar a ciência como um sistema cultural em que símbolos e significados são partilhados por uma comunidade profissional. Partindo dessa definição, podemos compreender que os atores no domínio científico reproduzem padrões do sistema ao qual pertencem ao mesmo tempo em que o modificam.

O aprendizado de enfermagem pode ser visto muitas vezes como um processo de incorporação de conceitos e técnicas. No entanto, adentrar o mundo desse saber é uma experiência antropológica, como conhecer outro país, com uma cultura diferente da nossa. É nessa perspectiva que se busca entender esse universo.

Na enfermagem, podemos dizer que se vive, de fato, uma subcultura dentro de uma cultura maior, pois essa categoria é constituída por um universo próprio de signos, símbolos e representações, criados pela profissão ao longo da sua história. Quando o indivíduo inicia o curso de enfermagem, ele adentra uma dimensão de crenças e valores que já estão postos antes dele; uma maneira nova de olhar para o corpo humano, de escrever, de falar e de se comportar em relação ao outro.

Os estudantes de profissões como enfermagem e medicina são imersos num processo de "enculturação"[11] ao incorporar, gradualmente, a cultura da carreira escolhida. Todo o preparo acadêmico no curso de enfermagem coloca o profissional em contato com a realidade dessa cultura profissional.

A "enculturação"[12] pode não ocorrer de maneira tranquila para o estudante de enfermagem, podendo gerar conflito interno entre sua cultura e aquela que está adentrando. Assim, esse processo pode ser doloroso e sofrido para o futuro profissional de enfermagem.

Segundo Helman (2009), na maioria dos países, a principal estrutura institucional da medicina científica ainda é o hospital. Nessa instituição, a pessoa doente sofre um ritual padronizado de despersonalização; a ênfase é na sua doença. Os profissionais que ali trabalham foram preparados para cuidar do corpo doente. Eles são, por exemplo, acostumados a ver e a tocar o corpo nu, de todas as idades, como parte das suas atividades diárias.

Para Helman (2009), essa e outras práticas dentro da enfermagem e da medicina transformam os padrões culturais dos profissionais e também dos pacientes. Segundo a autora, há relatos de ex-pacientes que mostram o quanto sentiram-se transformados após a experiência de uma internação hospitalar.

---

[11] Sasseron e Carvalho (apud Carvalho, 2007) afirmam que a "enculturação científica" abrange várias dimensões: a dimensão das relações existentes entre ciência e sociedade, a compreensão da natureza da ciência e dos fatores éticos e políticos que circundam sua prática; e a compreensão de termos e conceitos científicos fundamentais.

[12] Guridi e Cazetta (2018) conceituam "enculturação" como um processo de natureza antropológica de aquisição da cultura científica. Por meio desse processo, os sujeitos, enquanto membros de uma sociedade, aprendem sobre formas e comportamentos em um determinado domínio, neste caso, o científico.

Sobre essa questão, a enfermeira Margarida comenta: *Eu era jovenzinha quando comecei na enfermagem, eu tinha uma visão de hospital totalmente diferente. Pensava que médico e enfermeira eram "santos", que tudo era perfeito, quase uma religião. Daí quando você entra e começa a trabalhar, percebe que não é nada disso. Parece outro mundo (expressão de espanto). O povo consegue pegar uma perna amputada e depois tomar café com bolo, como se aquilo não tivesse acontecido. Enquanto prepara um corpo, fala sobre a festa de casamento do filho.... depois, com o tempo, tudo isso entra em você de tal forma que você passa a fazer igualzinho (risos).*

O tempo de convivência em determinado local e a interação social podem fazer com que o indivíduo absorva determinadas maneiras de pensar e agir. O profissional que inicia na enfermagem aos poucos vai incorporando o *habitus* dessa profissão, que está carregado de uma cultura própria.

Como argumenta Goffman (1987, p. 25), os hospitais têm sido considerados pelos antropólogos como pequenas sociedades, cada uma com sua própria cultura, regras implícitas de comportamentos, tradições e rituais, hierarquias e linguagem própria, que começa a ser apreendida nos bancos das escolas de enfermagem e medicina. Segundo o autor, os pacientes em uma enfermaria formam a "comunidade de sofrimento" e veem a equipe de saúde quase como uma família; enfermagem como mãe, médico como pai, e o paciente como criança sob a proteção da equipe.

Esse movimento cultural que ocorre entre a comunidade de saúde e a comunidade constituída pelas pessoas que sofrem produz novas e diferentes perspectivas sobre as representações sobre a dor do profissional enfermeiro.

Quando o profissional inicia sua carreira, ele possui uma perspectiva sobre a dor que foi construída até aquele momento. Durante sua vivencia acadêmica, ele conhece uma cultura própria que advém da ciência, específica de sua área, e, no convívio diário, ele vai apreendendo novos comportamentos esperados por seu grupo. Por fim, depois de formado, na sua atuação profissional, vai conviver com a cultura própria de determinada instituição. Nesse sentido, podemos compreender que a representação sobre a dor do enfermeiro docente está permeada por todas essas experiências vividas.

Assim, podemos pensar que o enfermeiro docente, ao adentrar uma sala de aula, carrega consigo não apenas o material físico que pretende ensinar, mas toda sua bagagem cultural; tudo aquilo que faz parte da sua formação como indivíduo, vivendo em sociedade. No momento em que o docente ensina, ele lança mão de várias ferramentas que estão em sua bagagem cultural, especialmente quando se trata de assuntos subjetivos,

como a dor. Suas experiências vividas desde a infância, as situações com pacientes com queixas de dor, analgesias utilizadas, todos esses momentos estarão presentes em cada fala e em cada gesto do professor, impregnando sua aula, que tem por base sua própria formação na enfermagem.

4.2 Formação acadêmica do enfermeiro docente e o ensino da dor

Diante da dor, como observado nos capítulos anteriores, o indivíduo aciona um arsenal de memórias vivenciadas com essa sensação, que ficaram armazenadas no que tenho denominado de "bagagem cultural", constituída desde o nascimento através da teia social vivida, prolongando-se ao longo de sua existência. Com o profissional enfermeiro, não é diferente. Ele aprende sobre dor, primeiro com a família, e, depois, com os grupos sociais de pertencimento. Durante sua formação acadêmica, o enfermeiro adquire conhecimento científico sobre a dor física, o modo como lidar com ela, e isso tudo muitas vezes difere completamente do senso comum da sua teia de relações. Seu processo de aprendizado sobre dor estará fundamentado na visão biomédica, que busca objetivar e quantificar a dor, como veremos mais adiante.

O comportamento do enfermeiro diante da dor está impregnado e perpassado por todas essas categorias que são influenciadas pela cultura organizacional da instituição hospitalar. Ao cuidar do paciente com queixa de dor, o enfermeiro tem à sua disposição esse leque de conhecimento que adquiriu e armazenou em sua "bagagem cultural" na convivência com a dor. Para a presente pesquisa, interessa saber como esse profissional faz uso dessa bagagem no seu cotidiano educacional e assistencial.

Durante a assistência ao paciente com queixa de dor, o enfermeiro apreende a maneira como aquela pessoa lida com o sofrimento. Essa apreensão pode modificar a representação que o enfermeiro tem sobre a dor e também sua resposta frente a ela. Sobre esse aspecto, a enfermeira Lavanda traz suas considerações: *Com certeza, cuidar da dor do outro modifica a sua maneira de aceitar a dor. A sua dor mesma sofre transformação. É claro que isso não acontece com cada paciente que você cuida, né? Uns, você se identifica mais do que com outros, esses com certeza mudam a maneira que você sente a dor.*

A experiência vivida através da dor modifica o homem, produzindo sentido e significados a partir desse fenômeno. No processo da dor, podemos dizer que o homem sofre e aprende com a sua dor e com a dor do outro. Assim, o enfermeiro, no seu dia a

dia, ao presenciar a dor dos pacientes sob seus cuidados, pode modificar sua representação sobre dor, e isso também influencia na representação dos pacientes sobre dor. Pode-se dizer que há uma dialética: ao mesmo tempo em que o enfermeiro cuida da dor do outro, o outro também o ensina a lidar com a sua própria dor, o que causa transformação de ambos, especialmente quando há possibilidade maior de morte, esse sentimento torna-se mais forte.

O enfermeiro, segundo Heidegger, "é, ele próprio um ser para a morte, ou seja, nesse propósito de cuidar daqueles que estão no processo de morrer, o enfermeiro é moldado, preparado para esse fim" (2008, p. 35). No que se refere à dor, o enfermeiro também é um ser para a dor, porque, ao confrontar-se em seu cotidiano com a dor e com o sofrimento do outro, a sua própria dor se confunde com a dor do seu semelhante. Uma das entrevistadas reforça essas ideias: (Amarílis) *Acredito, sim, que o enfermeiro é o profissional que melhor lida com a queixa de dor paciente, simplesmente porque somos nós que aliviamos a dor dele. O médico prescreve a medicação, quem pega a veia e administra o medicamento somos nós, a gente que está ali, presenciando a dor, olhando para ele.... isso muda a gente, às vezes eu sinto a dor dele na minha pele. É diferente de sentar numa mesa e escrever, como o médico faz.*

Para Heidegger (2008), esse sofrimento contínuo do enfermeiro que resulta do seu cotidiano parece torná-lo mais consciente, mais maduro e forte para cuidar da dor do outro. Quando o enfermeiro cuida do indivíduo com dor, ele estabelece uma relação que vai além do cuidado com o corpo fisiológico, dizendo respeito à pessoa de maneira integral. Para a enfermeira Amarílis, o tempo de experiência do profissional reforça essa relação. *É certo que, quanto mais tempo você tem na enfermagem, melhor você trabalha a relação com os pacientes. Quando você começa na área, só consegue lembrar do que aprendeu na escola e nos livros, o povo até brinca "essa aí está cheirando livro" (risos) só o "todo-dia" que te ensina como se relacionar com o doente, escutar ele e perceber coisas pequenas...*

Segundo Watt-Watson (2003), essa relação que vai além do cuidado com o corpo exige conhecimento e aproximação da história de vida relatada pelo doente. Embora seja o paciente a relatar sua história, o enfermeiro participa dela. Existe um compartilhamento de saberes que envolve aprendizagem para ambos, modificando sua representação e a maneira de lidar com a dor. Nessa relação, cada paciente de que o enfermeiro cuida significa uma experiência única, mesmo tendo patologias semelhantes; cada indivíduo

também as vivencia de uma maneira. Assim, a fisiopatologia[13] pode ser a mesma, porém a história de cada paciente a faz totalmente diferente, exigindo do enfermeiro envolvimento e aprendizagem.

Do ponto de vista das leis que regem a enfermagem, a responsabilidade legal, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN). A lei do exercício profissional de enfermagem (lei n. 7.498/86), regulamenta os deveres e as responsabilidades do enfermeiro, e a Resolução n. 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que são sustentáculos da prática e do manejo da dor por enfermeiros, já que evidenciam a sua prática como parte da equipe e sua atuação privativa.

Além dos Conselhos que regulam as leis na enfermagem, há a Sociedade Brasileira de Estudo da Dor, que buscou regulamentar e sistematizar a intervenção sobre a dor.

Em 1996, a Sociedade Brasileira de Estudo da Dor (2013) referiu-se à dor como quinto sinal vital. O objetivo disso foi a conscientização dos profissionais de saúde sobre a necessidade e a importância da sistematização, da avaliação e da intervenção sobre a dor, a exemplo da avaliação dos sinais vitais (pulso, respiração, temperatura e pressão arterial).

Pautada sobre essa orientação em relação à dor, a enfermagem brasileira, tal qual a mundial, vem desenvolvendo estudos para respaldar suas ações profissionais em todos os diferentes contextos de sua prática no sentido de construir subsídios que fundamentam os conhecimentos específicos na enfermagem.

Nessas perspectivas, o ensino de enfermagem, tanto nos níveis de graduação quanto na pós-graduação, tem buscado atender essas exigências, produzindo seus estudos para satisfazer as necessidades da área da saúde, as mudanças de expectativas e a recente explosão da tecnologia e do conhecimento. Nesse cenário, pode-se mencionar um dos instrumentos fundamentais para a prática do enfermeiro: o Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE) é definido como um instrumento metodológico de prestação de cuidados do enfermeiro, que consiste em organizar as ações profissionais para atender às necessidades de cuidados de saúde de indivíduos e grupos de pessoas (Ângelo, 1995).

---

[13] Segundo Eduardo et al. (2001), fisiopatologia é o estudo do desenvolvimento das doenças no organismo humano.

Na década de 1970, essa metodologia invadiu as escolas de graduação em enfermagem brasileiras a partir das concepções de Wanda de Aguiar Horta. Essas concepções fundamentavam-se na premissa de que o PE poderia ser uma estrutura da prática de enfermagem, em que poderiam ser aplicados conceitos e teorias, conforme as realidades sociais.

Segundo Horta (1979), o propósito principal do PE é proporcionar resultados benéficos através de ações de cuidado organizadas de modo a contribuir para a visibilidade da assistência de enfermagem. Esse processo compreende cinco etapas distintas, inter-relacionadas e interdependentes.

O "Histórico de Enfermagem" compreende uma coleta sistemática de dados para que torne possível a identificação do problema de enfermagem. Com esses dados analisados e avaliados, ocorre o segundo passo, o "Diagnóstico de Enfermagem", que são os problemas ou situações de saúde reais ou potenciais de que o enfermeiro é responsável por tratar. O "Planejamento" é o desenvolvimento de metas e resultados. Por meio dele, realiza-se a prescrição de cuidados de enfermagem mediante o diagnóstico que foi estabelecido. As "Intervenções" são a implementação das prescrições de enfermagem, e a "Evolução" é a determinação das respostas dos indivíduos às prescrições de enfermagem. Nessa etapa, podem-se avaliar as intervenções a partir dos resultados que foram alcançados. Com essas etapas, busca-se a continuação dos cuidados e sua atualização (HORTA, 1979; SMELTZER, 2006; NANDA, 2008).

Ainda na década de 1970, inicia-se a utilização da fase diagnóstica. Nesse período, um grupo de enfermeiras norte-americanas e canadenses, com a preocupação de construir uma terminologia que se referisse aos problemas de saúde do cliente, família ou comunidade. A partir daí, iniciou-se o trabalho da *North Americam Nurses Diagnosis Association* (NANDA, 2008; ALMEIDA, 2006).

Dando respaldo à utilização dessa nomenclatura, em 1990, a NANDA Internacional (Nanda I) conceituou o diagnóstico de enfermagem como "um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família e comunidade relacionados aos processos vitais de saúde-doença, o qual fornece estrutura para a seleção de prescrições de enfermagem direcionadas ao alcance dos resultados pelo qual o enfermeiro é responsável" (CRUZ, 2001, pp. 63 -84; NANDA, 2008, p. 100).

A dor, segundo NANDA, é um dos diagnósticos de enfermagem, devendo ser, segundo COFEN, avaliada periodicamente pela equipe de enfermagem e sob a supervisão do enfermeiro.

Hoje, o enfermeiro docente é duplamente responsável pela dor, porque cuida e ensina a cuidar de pacientes com queixa de dor. Dada a orientação para a focalização no fisiológico, é essa a dimensão privilegiada para pensar a dor. Em suas mãos está a tarefa de ensinar um assunto subjetivo individual e social, carregado de especificidades culturais, que muitas vezes lhe causa lembranças de suas próprias dores.

Assim, o enfermeiro docente, diante do ensino da dor, mesmo com foco na dimensão fisiológica, carrega uma "bagagem" de sua história de vida, dela fazendo parte a sua formação profissional com toda experiência vivida. Uma vez juntos, ambos atuam além do que é preconizado ensinar nos planos pedagógicos.

4.3 Formação do enfermeiro docente a nível médio: como tudo começou

Pautado na produção historiográfica, o propósito deste item é apresentar uma descrição histórica do processo de formação do enfermeiro a partir do decreto 791, considerado marco da profissionalização em 1890. Utilizou-se revisão de literatura e de bases legais que compreendem a temática, destacando-se modelos de ensino, processos pedagógicos e transformações da formação do enfermeiro em virtude das políticas públicas em saúde, educação e cultura.

Em 1890, tem início a Fundação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), no Rio de Janeiro, sob o modelo francês de ensino (MOREIRA, OGUISSO, 2005). O modelo francês preconizava a formação de enfermeiros de ambos os sexos. O ensino era ministrado prioritariamente por médicos, a partir das necessidades da medicina, cujos cuidados eram fundamentados nos manuais pré-estabelecidos oriundos da Europa. Esse manual do médico parisiense Désire Margloire Bourneville foi o principal instrumento estudado pela enfermagem na época. Ele preconizava o perfil da enfermeira com as seguintes características:

> Uma cuidadora impregnada de princípios de higiene e totalmente submissa aos médicos, uma vez que teria que cumprir as diretrizes por eles estabelecidas, dentro do seu papel. Leiga, de origem modesta e sendo mulher sem a veste religiosa, ela ofereceria todas as qualidades de doçura e devotamento próprios da condição feminina, sendo admitida em um trabalho que lhe prometia a vantagem de promoção social (MOREIRA, OGUISSO, 2005, p. 73).

Interessante notar, que apesar do curso ser oferecido a ambos os sexos, o manual se dirige às mulheres, como pode ser observado no trecho acima. Diferente do modelo francês, o modelo inglês ou Nightingaleano, criado e desenvolvido por Florence Nightingale em 1860, baseava-se nos princípios de abnegação, vocação e disciplina, tendo fundamentado o primeiro programa curricular da Escola de Enfermeiros anexa ao Hospital Saint Thomas, em Londres. Sob a direção de uma enfermeira, a escola valorizava a formação prática, curativa e ambientalista proposta por Florence. O programa formava duas categorias de enfermeiras: *nurses* e *lady nurses*. Essa divisão social da enfermagem foi reproduzida em muitos países, inclusive no Brasil (Carvalho, 1965).

A profissionalização da enfermagem brasileira inicia-se no começo do período republicano (1889), oriunda de uma prática social relacionada às atividades domésticas. Executada a partir do senso comum, o cuidar profissional emerge de ensinamentos da medicina e do modelo biomédico de assistência e cura (MOTT, 1999; CARRIJO, 2007).

Do programa curricular da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), constavam disciplinas práticas, técnicas, fundadas no aspecto curativo de assistência ao indivíduo, cujos requisitos de admissão ao curso eram basicamente ler e escrever, conhecer aritmética e apresentar atestado de bons costumes. O currículo do curso era composto pelas seguintes disciplinas: noções práticas de propedêutica clínica; noções gerais de anatomia; fisiologia; higiene hospitalar; curativos; pequena cirurgia; cuidados especiais a certas categorias de enfermos; administração interna; e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias. Além do caráter “biologista”, o conteúdo objetivava o conhecimento do indivíduo doente, deixando de contemplar aspectos da saúde em uma esfera social (MOREIRA, OGUISSO, 2005).

4.4 Os programas de ensino e as escolas de enfermagem

Na historiografia mais recente sobre as instituições de ensino de enfermagem, está a Escola da Cruz Vermelha brasileira, estabelecendo o modelo militar da enfermeira “em tempos de guerra e paz”. Fundada em 1914, a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha – Filial Estado de São Paulo (EECVB-FESP) buscava formar duas categorias de enfermeiras: voluntárias ou samaritanas; e profissionais hospitalares. O curso tinha duração de três anos, cada qual com disciplinas teóricas e práticas (OGUISSO, DUTRA, SOUZA CAMPOS, 2009).

Em 1916, a Cruz Vermelha Brasileira inaugurou no Rio de Janeiro a Escola Prática de Enfermeiras. Ambas as escolas de São Paulo e do Rio de Janeiro preparavam enfermeiras na prestação de assistência de enfermagem aos feridos da I Guerra Mundial. O programa do curso tinha um total de 24 meses e era composto pelas seguintes disciplinas: Anatomia e fisiologia; Assistência aos enfermos de clínica médica e higiene; Assistência aos enfermos de clínica cirúrgica; Assistência às mulheres grávidas e aos recém-nascidos; e Economia doméstica (PORTO, AMORIM, 2007).

Na década de 1920, por iniciativa de Carlos Chagas, enfermeiras americanas foram financiadas pela Fundação Rockefeller para reorganizarem a formação em enfermagem no Brasil, o que resultou na implantação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, que, futuramente, passaria a se chamar Escola de Enfermagem Dona Anna Nery. A escola mantinha tradição Nightingaleana, com rígido processo seletivo (RIZZOTTO, 2006).

O programa curricular da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (EE/DNSP) consistia nas seguintes disciplinas: princípios e métodos da arte de enfermeira; bases históricas, éticas e sociais da arte de enfermeira; anatomia e fisiologia; higiene individual; administração hospitalar; terapêutica farmacológica e matéria médica; métodos gráficos na arte da enfermeira; física e química aplicadas; patologia elementar; parasitologia e microbiologia; cozinha e nutrição; área de enfermeira, problemas sociais e profissionais; serviço de saúde pública; serviço administrativo; serviço da sala de operações; serviço privado; e serviço pediátrico (RIZZOTTO, 2006).

Nota-se que o curso foi criado para atender problemas do setor público de saúde. Contudo, suas características eram curativas e não preventivas. Nos anos de 1940, com a II Guerra Mundial (1939 -1945), o número de enfermeiras para atender a população era reduzido. Assim, uma das formas de dar apoio à formação de enfermeiras foi o oferecimento de bolsas de estudo por parte do governo federal (SANTIAGO, 2011).

O programa de ensino de enfermagem no Brasil, de acordo com o Decreto de 1931, foi mantido até a nova formulação do currículo, em 1949, quando a questão do ensino de enfermagem passou a ser regulada pela Lei nº 775/49, que dispunha sobre o currículo dos cursos e estipulava a duração de 36 meses, com exigência de conclusão do curso colegial, atual ensino médio (COLLIERE, 1989).

Os registros históricos da Escola de Enfermeiras do DNSP, hoje Escola de Enfermagem Anna Nery, reforçam a interpretação de que a enfermagem brasileira não

preconizou a saúde pública. Ao contrário, desde seu início, esteve centrada no espaço hospitalar e no estudo sistemático das doenças. Além disso, pretendia-se a formação da enfermeira branca, rica, a melhor propagandista, a professora mais ouvida, a instrutora mais agradável, que iria multiplicar o trabalho dos médicos sanitaristas (BARREIRAS, 1997).

O perfil indenitário fabricava uma imagem idealizada da enfermeira, eugênica e elitizada, contrariando a realidade étnico-cultural do Brasil (GUIRALDELLI, 1987; SAVIANI, 2010).

Sobre o perfil da enfermeira citado acima, a entrevistada Flor de Liz revela: *quando decidi fazer enfermagem, isso há 32 anos atrás, meu pai disse: "Isso é profissão de branca". Mesmo assim, eu resolvi fazer a faculdade. Foi triste, viu? Eu era a única negra da turma e ouvi frases de professores que hoje poderiam ser processados por racismo. Mas, naquela época, eu sofria calada, achava até que era normal (abre um sorriso triste), você acredita? Depois, quando comecei a trabalhar no centro cirúrgico, os médicos chegaram a me dizer: "pensei que você era a moça da limpeza". Agora, melhorou muito, tem mais pessoas da minha cor na enfermagem. Até os pacientes me olhavam atravessado naquele tempo.*

Segundo Lopes (2003), as pessoas tornam-se impotentes diante de uma situação não explícita de discriminação. A sensação de impotência é igual ou maior do que a vivida diante da agressão física, porque as vítimas não encontram acesso a recursos e a apoios adequados para se proteger do agravo e de suas consequências indesejáveis.

Para Barreto (2004, p. 245), "apesar das medidas adotadas contra o preconceito e racismo aos negros, sua real condição na sociedade brasileira ainda é de desvalorização." Assim, é possível considerar que essa desvalorização causa dor e sofrimento para o enfermeiro negro, podendo ser considerada uma dor com dimensão social.

Dando sequência à história da formação do enfermeiro, os cursos iniciais de pós-graduação objetivavam aprimorar o conhecimento e a competência dos diplomados. Eles eram destinados ao preparo de docentes para as escolas de enfermagem e de administradores de enfermagem em unidades hospitalares. Os dois primeiros cursos consistiam em pedagogia e didática aplicados à enfermagem e de administração de unidade de enfermagem. Ambos de um ano de duração e iniciados pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), no ano de 1959 (KUNTSE, 2010).

Após a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em 1961, foi criado o Conselho Federal de Educação (CFE), que passou a ser responsável pelo

ensino superior no Brasil. Os cursos de enfermagem passaram a ser regidos pelo Parecer nº 271/62, que fixou o primeiro currículo mínimo com base em sugestões da comissão de peritos de enfermagem, nomeado Ministério da Educação (MEC), da ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem) e das 19 escolas de enfermagem do país (GALLEGUILLO, 2001).

Em 1962, a enfermagem passa a ser reconhecida como profissão de nível universitário, decorrente da primeira Lei de Diretrizes e Bases, de 1961, que torna obrigatória a conclusão do curso secundário, atual ensino médio, para ingressar na universidade. A lei passou a reconhecer três níveis de categorias na enfermagem: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem (GALLEGUILLO, 2001).

O currículo do curso de enfermagem preconizado pelo Parecer 271/62 passou a ter somente uma parte geral e criou duas opções para especialização, formando enfermeiros de saúde pública ou enfermeiros obstetras. Esse parecer gerou grande descontentamento entre os professores de enfermagem, primeiro por manter as disciplinas relacionadas às clínicas especializadas (curativas) e, depois, por tornar a disciplina de Saúde Pública (preventiva) como conteúdo de especialização, bem como estabelecer a redução da carga horária para dois anos, ou seja, 24 meses, a duração de um curso que, tradicionalmente, era de 32 meses (PINHEIRO, 1973).

A expansão dos cursos de pós-graduação para o nível *stricto senso* consolidou-se com a criação dos Programas de mestrado e doutorado instituídos pelo Decreto Estadual 52.336/69, que aprovou o estatuto da USP. O curso de mestrado em enfermagem foi iniciado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) em 1972. Foi também nessa década que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) foi criado e passou a fiscalizar o exercício da enfermagem em todo o território nacional, representado pelas suas autarquias regionais, os Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs) (OGUISSO, SOUZA CAMPOS, SANTIAGO, 2009).

Em termos de formação profissionalizante em enfermagem, a lei 775 reconheceu a categoria de auxiliar de enfermagem, estipulando 18 meses como período de formação. A estrutura curricular mantinha o modelo biomédico, tradicional e tecnicista (COLLIERE, 1989).

4.5 Pedagogia Tecnicista e a formação do enfermeiro docente

A pedagogia tecnicista teve início no Brasil após o golpe militar de 1964. Nesse cenário político, a escola passou a ser acusada pelo baixo rendimento dos alunos e pela queda na qualidade da sua formação. Assim, manifesta-se uma nova perspectiva de ensino, a pedagogia tecnicista, proposta pedagógica oficial do estado pós 1964, fundamentada nos princípios da teoria geral da administração, que impunha padrões de racionalização, eficiência e redução de custos nos moldes da visão empresarial tecnocrática (NIETSCHE, 1988).

O grande impulso da pedagogia tecnicista ocorreu por conta do progresso industrial e, com a mudança do governo em 1964, a Escola Superior de Guerra adota a linha tecnicista, passando a influenciar também no Ministério de Educação. As principais propostas nos planos do Governo Militar estavam vinculadas diretamente à educação e ao desenvolvimento no sentido da formação de recursos humanos, sendo o investimento em capital humano tomado claramente como fator econômico do desenvolvimento tecnológico e social, por meio da distribuição de renda do desenvolvimento humano. Tudo isso, circunscrito à ideologia da Segurança Nacional, na qual participação e cidadania não combinavam com oposição ao regime militar (SILVA, 1981).

O projeto educacional no Governo Militar tinha como objetivo principal a educação como instrumento para a solução do problema social e econômico, tendo como meta acabar com analfabetismo, buscar a formação técnico-profissional, atribuindo à iniciativa pública e particular essa responsabilidade (SOUZA, 1981).

A estrutura do sistema buscava o desenvolvimento e a universalização do ensino em dependência dos recursos econômicos disponíveis e o aproveitamento dos considerados capazes. O ensino primário deveria aumentar para 8 anos, buscando-se a unificação da escola primária com a secundária e abolindo-se a reprovação. O ensino secundário teria caráter instrumental utilitarista, sendo destinado aos “mais capazes”, adquirindo um sentido terminal para a maioria que não se achava capaz de continuar seus estudos por falta das competências ditadas pelo sistema. Do mesmo modo, o curso superior deveria primar por uma modernização técnica, buscando formar técnicos de “alto nível”, sendo destinado somente àqueles com mais aptidão. Tratava-se de formar técnicos para trabalharem na indústria; esse era o objetivo principal do Governo Militar (SILVA, 1981).

A educação de adultos e a alfabetização geral eram vistas como necessidade ao desenvolvimento, mas a instrução do povo deveria estar relacionada à manutenção do poder dominante; no caso, do poder governamental. A partir desse contexto, compreende-se melhor porque uma das primeiras medidas do Governo Militar foi extinguir o Plano Nacional de Alfabetização (PNA), que utilizava o método Paulo Freire de alfabetização, comprometido com os interesses populares (SILVA, 1981).

A educação torna-se tecnicizada. A tecnização é reforçada pelo surgimento dos moldes de planejamento, das taxonomias expressas em objetivos educacionais rígidos e modelos de avaliação que seguissem essa lógica: contexto, entrada, processo e produto, exatamente como ocorre nas linhas de produção (NIETSCHE, 1988).

Segundo Jupiassu,

> a palavra técnica se refere ao conjunto de regras práticas e procedimentos adotados em um ofício de modo a se obter os resultados visados e também os recursos utilizados no desempenho de uma atividade prática. Ou seja, nessa concepção o estudante era formado para realizar procedimentos padronizados; a reflexão sobre a prática não era incentivada. (1993, p. 232)

As características didáticas dessa concepção de ensino atendiam ao ideal empresarial, ou seja, no final do processo educacional, o aluno deveria apresentar domínio de habilidades, atitudes e conhecimentos específicos, úteis e necessários. A pedagogia tecnicista supervaloriza o planejamento, como condutor de um ensino eficaz e, nessa pedagogia, o professor atua como um técnico que planeja de forma sistematizada os conteúdos ministrados aos alunos (NIETSCHE, 1988).

Esse modelo de formação educacional está presente até os dias atuais, embora novas teorias de ensino tenham sido incorporadas. Na enfermagem, as disciplinas ainda são ensinadas separadamente, não havendo interdisciplinaridade. O aluno, nesse sistema de ensino, encontra dificuldade para pensar globalmente o cuidado do paciente, que acaba se tornando fragmentado como num modelo de produção (SILVA, 2005).

Sobre o modelo tecnicista, a enfermeira Dália comenta: *naquela época, quando eu fiz o curso técnico, porque antes de fazer a graduação, eu fiz o técnico e trabalhei dois anos, só depois eu parti para a graduação. Isso foi (pensativa) lá pelo fim dos anos 80. Nesse tempo, o curso era totalmente voltado para a técnica, o que importava era fazer o procedimento correto, não tinha essas coisas de ensinar a cuidar de maneira integral. Pois olha, a gente dividia o serviço assim, cada um fazia uma coisa no paciente, um só*

fazia banho, saia banhando os 20 pacientes da ala (risos). Lembrando disso, que loucura, né? A gente passava plantão assim: quarto 12, leito 3, e o nome da doença. Não chamava o paciente pelo nome. Triste, mas era a realidade. O cuidado era feito no atacado.

Na perspectiva "tecnicista", segundo Saviani (2010), os cursos enfatizam a dimensão técnica em detrimento das demais dimensões da aprendizagem. A técnica adquire um fim em si mesma, cabendo ao aluno apenas adquirir (muitas vezes, mecanicamente e por repetição) um conjunto de procedimentos que deverá utilizar na sua profissão. São os chamados "treinamentos", termo oriundo da prática esportiva, na qual movimentos são aprimorados ou aprendidos por meio da repetição metódica e sistemática.

A década de 1970 foi marcada pela privatização do ensino, pela criação de especializações e pela institucionalização do ensino profissionalizante da rede pública. Cada área cuidava de forma independente de seus assuntos. O professor deveria ensinar os conteúdos de sua disciplina, havendo pouca ou nenhuma interação entre as demais disciplinas. Acreditava-se que, quanto mais especializado, melhor seria a qualidade do ensino (RAMOS, 2000).

A teoria crítica reprodutiva que aparece nos anos de 1970 e 1980 mostram interpretações da escola como reprodutivista dos aparelhos ideológicos do Estado, assumindo pressupostos que permitem interpretar a escola como espaço formador/reprodutor de diferenças sociais (SAVIANI, 2010).

A crítica sobre as abordagens tradicionais e tecnicistas de ensino, tratadas como produto do sistema capitalista, foi favorável à abertura de novas perspectivas na área educacional. Autores como William Pinar, Samuel Boyles, Pierre Bourdieu, Jean Claude Passeron, Gimeno Sacristan e Paulo Freire, dedicaram-se ao estudo da educação geral e do currículo (SILVA, 2005).

No mesmo período, o Brasil enfrentava mudanças políticas, como a luta pela democracia, a anistia política, a reintegração dos intelectuais às universidades, favorecendo novas discussões e propostas educacionais (LIBANEO, 1986).

Libaneo esclarece que, "a dimensão crítica consiste no desenvolvimento da prática social em que se manifestam contradições e, nelas, a prevalência de interesses dos grupos e classes homogêneas e a dimensão social dos conteúdos se fundam no fato de que os homens se formam e se transformam no processo da atividade histórica e social conjunta" (LIBANEO, 1986, p. 10).

Diante do exposto, há que se considerar que o panorama histórico da educação brasileira demonstra as transformações no âmbito das políticas educacionais refletindo na formação do enfermeiro docente e no modelo que o acompanha. Essa fragmentação pode ser observada na área da enfermagem pela divisão social do trabalho nas categorias "enfermeiro", "técnico" e "auxiliar de enfermagem", presente até os dias de hoje (RAMOS, 2000, p. 50).

4.6 Projeto Larga Escala: um novo paradigma na formação da enfermagem a nível médio

O Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala, também conhecido como Projeto Larga Escala (PLE), surgiu em 1981, fruto do processo de reformulação dos serviços de saúde que visavam à extensão de cobertura e à implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde, com prioridade para as populações rurais de pequenos centros e da periferia das grandes cidades (BASINELLO, BAGNATO, 2009).

As cidades do Piauí, Alagoas e Rio Grande do Norte foram as primeiras a adotar a experiência pedagógica, inicialmente voltada à formação dos visitadores sanitários, preparados pelas próprias instituições de saúde, visto que tal profissional, como parte integrante da equipe de enfermagem, era legitimado e reconhecido pela sociedade, atuante na área de saúde pública.

A elaboração desse projeto pedagógico foi constituída a partir das seguintes leis, descritas pelo Capítulo IV da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional [14] (LDB, lei n. º 5.692, de 11 de agosto de 1971) e pelo parecer 699 do Conselho Federal de Educação (CFE, lei nº 699/72). O item IV refere-se à constituição do ensino supletivo, que tinha a seguinte finalidade: "suprir a escolarização regular para os adolescentes e adultos que não a tenham seguido ou concluído na idade própria; proporcionar, mediante repetida volta à escola, estudos de aperfeiçoamento ou atualização seguido o ensino regular no todo ou em parte".

Segundo Santos e Souza (1989), no Brasil, a formação de pessoal de nível médio e elementar é de responsabilidade do sistema de educação, representado, na época da implantação do PLE, em nível federal, pelo Ministério da Educação e pelo Conselho

[14] Lei nº 5.692 de 11 de agosto de 1971. Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º. Brasília (DF), 1971.

Federal de Educação; nos Estados, pelas Secretarias de Estado de Educação e Conselhos Estaduais de Educação. Estruturou-se, portanto, uma instituição educacional específica para o setor saúde, de caráter permanente, articulada ao sistema educacional: os Centros Formadores.

A educação como prática transformadora é a indicação de um caminho para essa profissionalização. A primeira estratégia do Projeto Larga Escala (PLE) é dada, então, a partir de situações reais e cotidianas, vividas ou experimentadas pelos próprios trabalhadores no seu ambiente de trabalho. Nesse contexto, foi concebido um projeto comprometido com a transformação social, com uma proposta alternativa de qualificação profissional de trabalhadores sem formação específica, que perdurou até a regulamentação da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que, em 1996, pôs fim aos cursos supletivos; entre eles, o Projeto Larga Escala.

O projeto Larga Escala expressou uma visão diferente do modelo tecnicista de ensino em enfermagem. No primeiro, a visão tecnicista buscava formar profissionais que realizassem procedimentos técnicos, pontuais e precisos. No segundo pode-se observar uma preocupação em formar um profissional a partir das necessidades reais do seu meio, ou seja, atendendo às necessidades da população que ele conhece, que com ele convive, capaz de transformar a sociedade da qual faz parte. Na formação pedagógica do Larga Escala, a preocupação estava em formar profissionais com capacidade técnica aliada a uma visão alargada sobre o indivíduo.

Antes da elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS), nem todos tinham direito de usar os serviços de saúde. Poderiam utilizá-lo somente aqueles com carteira assinada que pagavam a Previdência Social. Com a crise econômica dos anos 1980 e a pressão da população por melhores condições de atendimento na saúde, o governo brasileiro reconheceu a necessidade de criar um novo sistema de saúde (ALMEIDA DA SILVA, 2004).

Em 1986, há a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi apresentado o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira e a implantação do Sistema Único de Saúde[15] .

[15] A criação do SUS ocorreu em 1988, sob a Lei nº 8080/90, nesse cenário de mudanças no modelo de saúde do Brasil em que iniciaram as propostas para implementação das Diretrizes e Bases Curriculares para o ensino de enfermagem.

A formação de profissionais para atuarem no setor saúde segundo os princípios[16] e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como um desafio que deve ser fundamental para a própria efetivação do SUS.

Segundo Pierantoni (2002), a preocupação com a formação de nível técnico foi inicialmente grande, e isso se refletiu em um aumento expressivo no número de trabalhadores no setor saúde composto por profissionais dessa categoria. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os trabalhadores de nível fundamental, médio e técnico são responsáveis por 75% das ações de saúde prestadas diretamente às pessoas em todo o mundo, destacando-se, nesse contexto, as atividades na área de enfermagem.

De acordo com Monteiro (2007), como resposta a esse quadro e como tentativa de romper com a histórica dicotomia entre a teoria e a prática, um problema sempre apontado entre os aspectos que comprometem essa formação, foram criadas, a partir da década de 1980, as escolas técnicas de saúde, com o fim de profissionalizar esse segmento de trabalhadores com formação do nível técnico. É a partir desse momento que o sistema de saúde toma para si a tarefa de formar seus próprios quadros de nível técnico.

Criação da Lei de Diretrizes e Bases para Educação Nacional – nº9394/96 e sua relação com ensino de enfermagem.

Segundo Arouca (2003 APUD ALMEIDA DA SILVA, 2004), a elaboração e a implantação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) passou por momentos de crise, sempre relacionados à política, que dificultaram e atrasaram sua implantação. Ao todo, foram necessários oito anos até sua promulgação, em 20 de dezembro de 1996. O projeto da LDB teve início no governo de José Sarney (1988-1990), consolidando-se somente no governo de Fernando Henrique Cardoso (1996).

Para melhor compreensão da LDB nº 9394/96[17] e da sua implicância no ensino da enfermagem, citarei algumas partes de maior relevância para este estudo.

---

[16] Princípios do SUS: Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Equidade**:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Integralidade**:** esse princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

[17] BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, p. 37, Brasília, 9 nov. 2001.

Título I – DA EDUCAÇÃO[18]

Art. 1º - A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana e no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

Parágrafo 1º - esta Lei disciplina a educação escolar, que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino, em instituições próprias.

Parágrafo 2º - A educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e a prática social.

Título II

Dos princípios e fins da Educação nacional

Art. 2º - A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 3º - O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I – Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

II – Liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber;

III – Pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas

IV – Respeito a liberdade e apreço a tolerância;

V – Coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;

VI – Gratuidade de ensino público em estabelecimentos oficiais;

VII – valorização do profissional da educação escolar;

VIII – gestão democrática do ensino público, na forma desta lei e da legislação dos sistemas de ensino;

IX – Garantia do padrão de qualidade

X – Valorização da experiência extraescolar

XI – vinculação entre educação escolar, trabalho e as práticas sociais. (SESU/ MEC, 1996)

A partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, algumas entidades de ensino passaram a repensar a Educação em Enfermagem, discutindo-se a possiblidade de um processo de ensino-aprendizagem de acordo com as necessidades atuais. Assim, foi

[18] BRASIL. Lei n° 9394/96 LDB – Diretrizes e Bases para a Educação Nacional. Brasília, 20 de dezembro de 1996.

proposto um modelo de assistência de enfermagem centrada nas necessidades da população. Ainda de acordo com Almeida da Silva (2004), esse modelo de assistências tinha como base a possibilidade de um trabalho multidisciplinar, do enfermeiro com outros profissionais, garantindo a participação dos usuários. Esse perfil de formação profissional respondia às diretrizes do SUS, como veremos adiante.

De acordo com essa proposta, o perfil do enfermeiro teria os seguintes aspectos:

A proposta privilegia a formação do enfermeiro crítico e reflexivo com competência técnico-científico-ético-político social-educativa, capaz de:

- Atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas diferentes expressões e fases evolutivas;
- Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação e de intervenção profissional;
- Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- Reconhecer-se como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- Dar respostas as especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente:
- Comprometer-se com os investimentos voltados à solução de problemas sociais;
- Sentir-se membro do seu grupo profissional;
- Reconhecer-se responsável pela coordenação do trabalho em equipe de enfermagem;
- Identificar fontes, buscar e produzir conhecimentos para o desenvolvimento da prática profissional;

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB- nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996) prevê ainda a restruturação dos cursos de graduação com a extinção dos currículos mínimos determinados pela Portaria 1.721 e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso, garantindo a autonomia de cada instituição para elaboração de seus currículos e as eximindo da obrigatoriedade em seguir a regulamentação do currículo mínimo determinado (GALLEGUILLOS, OLIVEIRA, 2001).

Com a exposição da proposta da LDB, é possível notar que o perfil do enfermeiro é de um profissional educador, independentemente de o enfermeiro ter formação em licenciatura. Além disso, a LDB traz uma articulação com a proposta do SUS, que

preconiza o enfermeiro generalista, humanista, crítico e reflexivo, como sugere o texto abaixo.

A partir de 2001, o Conselho Nacional de Educação/ Câmara do Ensino Superior instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, determinando o currículo adotado nas instituições de ensino superior, e esse perfil, as competências e habilidades do enfermeiro ao concluir o curso:

> [...] perfil do enfermeiro generalista, humanista, crítico e reflexivo com base no rigor científico e pautado nos princípios éticos; capaz de conhecer e intervir sobre problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; Enfermeiro com Licenciatura em enfermagem capacitado para atuar na educação básica e na educação profissional em enfermagem (ITO, PERES, TAKAHASHI, LEITE, 2006, pp. 5 -570).

A reflexão crítica dos conceitos de saúde e doença na formação e exercício dos profissionais, que reconhece a historicidade, mudanças e limites dos saberes hegemônicos. É um assunto que preocupa os pesquisadores do campo da Saúde Coletiva, cujo debate, análises e propostas reformuladoras dos saberes e modelos de intervenção não são novos e continuam desafiadores.

O discurso sanitário com enfoque na saúde ainda é recente. A ideia de saúde como qualidade de vida condicionada por vários fatores, tais como paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, surgiu com a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986.

A Carta de Ottawa[19] considera a saúde como um conceito positivo, para o qual se fazem necessários recursos pessoais, sociais e capacidade física.

A Organização Mundial da Saúde[20] define a saúde como um completo bem-estar físico, social e mental. Nessa concepção, a saúde é o resultado das condições de

---

[19] World Health Organization. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde (b). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasilia (DF): Ministério da Saúde/Fiocruz, 1986

[20] Barchifontaine CP. Bioética – essência das relações na saúde. Nursing Rev Técnica de Enfermagem. 2002; 44(5): 9-11.

alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde, conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil, em 1986.

Dessa maneira, direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional.

Segundo Barreto (2017), para se chegar à concepção de saúde como um processo que não pode ser entendido como um fenômeno biológico ou biomédico, mas sim como uma espécie de superposição de camadas que espelham a complexidade da vida social (como se vive e como se morre), é preciso considerar os valores relacionados ao viver dignamente, às experiências do universo do trabalho, às interações entre indivíduo e o meio social e ambiental; aos sentidos vários de qualidade de vida etc. Torna-se, assim, fundamental destacar dois campos do conhecimento que passaram a se associar cada vez mais com os novos modos de pensar a saúde: a educação e a comunicação.

Para o autor, “comunicar pode ser entendido como um conjunto de ações que perpassa todos os campos de atividades, humanas e sociais. Nesse sentido, comunicar algo nunca pode ser entendido como um objeto isolado de um meio em que outras ações comunicativas estão ocorrendo em um campo social” (BARRETO, 2017, p.15).

Os vínculos sociais e familiares e o papel social que o indivíduo tem na sua rede de relações constituem quem ele é. Nesse sentido, a separação das pessoas que o cercam, ou a perda do seu papel social podem, segundo Gameiro, “representar sofrimento” (1999, p. 60). Uma simples alteração do seu papel familiar pode levar o indivíduo a um sentimento de incapacidade, causando dor social.

Segundo Bakhtin, “as palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios” (1929, p. 40). Pensar comunicação envolve compreender o espaço social em que a mesma ocorre, os desvios existentes entre o objetivo inicial a ser informado e o modo como essa informação vai ser entendida em cada fase da sua história, que está profundamente relacionada com os interesses governamentais.

4.7 Estratégias de ensino utilizadas pelo enfermeiro

"Ensinar exige a convicção de que a mudança é possível.
Ensinar exige compreender a mudança.
Ensinar é uma forma de intervenção no mundo.
Ensinar não é transferir conhecimento."
Paulo Freire, 1990.

Neste item, apresento as estratégias de ensino utilizadas pelo enfermeiro docente no ensino teórico da dor. O objetivo central é analisar como o professor ensina, quais ferramentas e estratégias ele utiliza no seu cotidiano para abordar esse assunto. Além disso, busca-se um paralelo entre a maneira pela qual o enfermeiro docente aprendeu sobre dor na sua graduação e as estratégias que utiliza para ensinar esse assunto.

Segundo Suchodolski (2002) os métodos de ensino e de aprendizagem são expressões educacionais e, ao mesmo tempo, uma resposta pedagógica às necessidades de apropriação sistematizada do conhecimento científico em um dado momento histórico representando um processo dialético de produção. A palavra Método vem do latim, methodu, méthodos, que significa caminho para chegar a um fim; conjunto de procedimentos técnicos e científicos; ordem pedagógica na educação; sistema educativo ou conjunto de processos didáticos. Assim, ao abordar métodos de ensino e de aprendizagem, trata-se de um caminho para se chegar ao objetivo proposto. No caso específico da educação escolarizada, o fim último seria a aprendizagem do aluno de maneira eficaz.

O processo de ensino-aprendizagem é de suma importância para a formação do estudante e para a relação professor-aluno. As estratégias escolhidas pelo professor para ensinar cada conteúdo possuem um papel significativo e precioso nesse processo. Em se tratando do assunto dor, a estratégia de ensino eleita pelo professor ajudará a dar conta de um assunto que é considerado um fenômeno subjetivo, individual e com múltiplas interfaces.

Para Petrucci e Batiston (2006, p. 263), a palavra estratégia esteve, historicamente, vinculada à arte militar no planejamento das ações a serem executadas nas guerras, e, atualmente, é largamente utilizada no ambiente empresarial. Porém, os autores admitem que:

[...] "a palavra 'estratégia' possui estreita ligação com o ensino. Ensinar requer arte por parte do docente, que precisa envolver o aluno e fazer com ele se encante com o saber. O

professor precisa promover a curiosidade, a segurança e a criatividade para que o principal objetivo educacional, a aprendizagem do aluno, seja alcançada."

Segundo Anastasiou e Alves, "as estratégias de ensino visam à consecução de objetivos, portanto, há que ter clareza sobre aonde se pretende chegar naquele momento com o processo de ensinar. Por isso, os objetivos que norteiam devem estar claros para os sujeitos envolvidos, professores e alunos" (2012, p. 77).

Juntamente aos objetivos de cada estratégia, o professor deve dominar um conjunto de saberes que se constitui de práticas e experiências que iluminam e condicionam as decisões ao longo do processo de ensino. Para Tardif, "o saber dos professores é o saber deles e está relacionado com a pessoa e a identidade deles, com a sua experiência de vida e com a sua história profissional, com as suas relações com os alunos em sala de aula e com os outros autores escolares na escola" (2002, p. 11).

Dessa maneira, acredito que há uma articulação entre as estratégias de ensino adotadas pelos enfermeiros docentes no ensino da dor e sua história de vida pessoal e profissional na assistência de enfermagem. Todos os enfermeiros entrevistados na presente pesquisa exercem ou exerceram assistência de enfermagem hospitalar. Isso é importante para que se possa analisar o quanto a experiência assistencial do professor influencia ou não na sua maneira de ensinar em sala de aula.

Sobre as estratégias utilizadas para o ensino da dor, a maioria dos professores respondeu ensinar sobre dor da mesma maneira que ensina sobre os demais assuntos. Não há uma variação nas estratégias de acordo com o assunto a ser ensinado. Seguem abaixo trechos das falas dos enfermeiros docentes sobre estratégias de ensino.

Entrevistadora: Quais estratégias de ensino você utiliza para abordar o assunto dor?

Acácia: *Ensinar sobre dor.... (Pensativa) eu costumo falar muito, acho que é minha melhor estratégia (risos). Então, eu tenho mania na sala de aula de contar alguma situação que envolve aquilo que é o tema da aula, se é sobre dor, eu conto algo que passei com algum paciente...acho que é essa minha estratégia. Para ilustrar, dar exemplo de situações, gosto de dar muitos exemplos de situações, de contar histórias que já aconteceram comigo. Fora isso, dou minhas aulas sempre com slides, no caso da dor, monto as aulas sempre com referências e com as escalas de dor que a gente usa no hospital.*

No caso acima, é possível observar que se trata de uma estratégia centralizada na professora, onde a mesma recorre a experiências anteriores relacionadas com a sua prática

hospitalar, com algo que aconteceu com algum de seus pacientes para ensinar. O uso da escala de dor mostra a tentativa da professora em objetivar a dor.

Esse tipo de estratégia de ensino, segundo Pereira (2003), faz parte do método tradicional, pelo qual os professores ministram as aulas de forma expositiva e centralizada. Nesse tipo de estratégia, o aluno tende apenas a memorizar o conteúdo, sendo difícil aprender em quais situações da vida real esse conteúdo poderia ser aplicado. Para o autor, essa forma de ensinar, centralizada no professor, também colabora para que o aluno veja no docente uma figura autoritária e, com isso, o aluno não participa ativamente da aula porque não consegue expressar suas ideias e pensamentos.

Acácia mostra também reproduzir em sala de aula sua vivência no ambiente hospitalar, onde ela hierarquicamente tem a função de coordenar a equipe de enfermagem, de determinar os cuidados de enfermagem para cada paciente. Toda a prática de enfermagem está centralizada no enfermeiro no ambiente hospitalar. Pode-se notar aqui uma relação entre sua prática assistencial e sua maneira de ensinar, a reprodução da centralidade do ambiente de trabalho em sala de aula.

No referente ao ensino da dor, pergunto se ela se lembra como esse assunto foi ensinado.

Acácia: *Ah...olha… (pensativa, mãos na cabeça) assim mesmo, como eu ensino...na verdade, não lembro muito, acho que não teve nenhum tipo de atividade diferente. Mesma coisa de sempre, a gente sentada e o professor lá na frente ensinando (risos) não muda muito.*

A fala da Acácia reforça o fato de que o professor reproduz em sala de aula o formato em que ele próprio aprendeu. Nesse caso, faz-se importante considerar também que a enfermeira Acácia tem 28 anos, exerce a função com enfermeira assistencial há 4 anos e como docente há 3 anos. Sua formação é relativamente recente, fazendo parte de um período da história da educação em que diversos autores já apontam mudanças no cenário da educação. Como exemplo disso, temos a metodologia das situações-problemas[21] e o paradigma do "aprender a aprender", cujos precursores no Brasil foram Demerval Saviani e Paulo Freire, na década de 1960 e 1990, respectivamente.

---

[21] A Metodologia das situações problema tem como finalidade valorizar as experiências da vida dos estudantes, afirmando o estudante como sujeito do seu processo de aprendizagem. Fonte: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pedpro.html
BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – Comunic., Saúde, Educ 2, 1998.

Libaneo et al (2011) defende a postura pedagógica no processo de ensino-aprendizagem, no qual o professor garante aos alunos condições para sobreviver no mundo, tomar decisões e resolver problemas e não apenas memorizar informações.

Ao perguntar a Acácia se, na assistência de enfermagem, no dia a dia, ela acha que o profissional tem dificuldade para avaliar e tratar a queixa de dor do paciente, a entrevistada traz a seguinte resposta:

Acácia: *isso…varia bastante, vejo que às vezes tem muito a ver com a experiência dele, da escola a gente traz muito pouco; o jeito, você pega no dia a dia mesmo, colocando a mão na massa. E tem essa, a teoria fala uma coisa e na prática é outra. No começo você não sabe mesmo, e depois o que vai acontecendo vai te ensinando como fazer aquilo...o que deu certo, a gente repete.*

Na fala acima, pode-se observar que o enfermeiro docente não acredita na formação como principal fonte de informação. Para essa professora, a formação se dá na prática, no exercício profissional. Ademais, ela denuncia uma incongruência entre o que é ensinado na teoria e o que, de fato, acontece na prática.

Tardif (2011), ao discorrer sobre os saberes experienciais como núcleo vital do saber do docente, ressalta que os professores tentam transformar suas relações de exterioridade com os saberes experenciais. Esses saberes têm origem na prática cotidiana dos professores, os quais nem sempre são congruentes com as condições objetivas da profissão. A experiência prática na enfermagem constitui um processo de constante aprendizagem. No caso específico, a professora Acácia acredita que prevalece a prática em detrimento da teoria na formação do profissional técnico de enfermagem. Ao mesmo tempo, ela traz seus saberes cotidianos, o modo como lidou com o assunto dor ao longo da sua experiência profissional.

Merighi (2000) discorre sobre a importância de vencer a dicotomia existente entre o que é ensinado nas escolas e o que se pratica nas instituições de saúde. Faz-se, assim, necessário trabalhar na redução dessa lacuna entre a teoria e a prática, criando estreita comunicação entre ambas, através de ajustes nos planos de ensino dos cursos a nível técnico.

A fala a seguir, da enfermeira Azaleia, assim como a de outros professores entrevistados, mostra ser fato recorrente não recordar com exatidão de como foi ensinado o assunto dor quando eram estudantes.

Azaleia: *Eu ensino as escalas de avaliação da dor, somente isso. Eu aprendi com essas escalas na faculdade, numérica e de carinhas. Não sei se é o melhor método de ensino*

para dor (olha para cima), esse não foi um assunto muito trabalhado na graduação, não foi marcante, pelo menos não lembro bem de como foi ensinado, assim como é um atendimento de parada, sabe?

O assunto dor acaba tendo, na visão dessa professora, uma importância menor quando comparado a outros assuntos ensinados, como o atendimento à parada cardíaca. A dor é desvalorizada desde a formação, e essa questão está bastante relacionada com a importância que o docente atribui à dor e à sua representação sobre a mesma.

Podemos notar o impacto dessa representação na assistência de enfermagem na resposta ao seguinte questionamento.

Entrevistadora: Na assistência de enfermagem, no dia a dia, você acha que o profissional de enfermagem tem dificuldade para avaliar e tratar a queixa de dor do paciente?

Azaleia: *eu falo por mim, o que eu vejo é que muitos profissionais têm essa dificuldade, sim, não sabem mesmo, e aí a culpa é sempre da escola, né? Eu acho que é um pouco de cada, ensinar sobre dor é difícil, um sofrimento (risos) e depois a prática é diferente, então, existe mesmo um buracão entre teoria e prática. Você vê professor que não trabalhou na assistência, não sabe o que a prática cobra, então fica muito só no que está nos livros, ajudando a distanciar ainda mais a teoria da prática.*

Essa professora entrevistada destaca a dificuldade que os profissionais apresentam para lidar com a dor dos seus pacientes no seu cotidiano de trabalho, e que essa responsabilidade não é apenas da escola ou da distância entre teoria e prática, mas da ausência de vivência prática do professor, uma vez que lhe falta visão do campo profissional, o que causa, no ensino teórico, um distanciamento entre a teoria e a prática.

A dificuldade para ensinar sobre dor pode estar ainda relacionada à falta de experiência do professor no campo hospitalar e à representação da dor como sofrimento, algo que não gera motivação para ser ensinado.

Somente uma das professoras entrevistadas, Violeta, disse utilizar uma estratégia diferenciada para ensinar sobre dor, "a simulação realística"[22] no laboratório de enfermagem.

Violeta: *Para ensinar sobre dor, eu gosto de usar simulação realística, e costumo fazer essa aula no laboratório de enfermagem da escola. Eu procuro preparar o laboratório o mais parecido com uma ala do hospital. Depois, separo metade da turma e coloco uma*

[22] A simulação, isoladamente, representa uma "técnica" ou uma tecnologia e centra-se na recriação de situações da vida real. Visa permitir aos estudantes o desempenho prático ou a aquisição de habilidades em um ambiente seguro (Barreto, 2014).

venda nos olhos deles; e a outra metade eu oriento que devem fazer estímulos de dor nos colegas. Depois de um tempo, eles retiram as vendas e contam a experiência de dor e apontam na escala de dor seu score. Costuma dar muito certo.

Segundo essa professora, a estratégia é bem aceita pelos alunos e ela diz perceber que eles aprendem melhor do que quando utiliza projeção de slides.

Segundo Barreto et al (2014), a simulação realística é vista como um método efetivo e inovador que amplia as relações entre a teoria e a prática do corpo discente em ambiente seguro, oferecendo melhores oportunidades de aprendizagem e treinamento e contribuindo para a formação profissional. A última etapa da simulação, avaliam os autores, permite uma discussão reflexiva (*debriefing*) sobre a situação ocorrida, sobre a aprendizagem e sobre as decisões tomadas, estimulando o pensamento crítico e reflexivo do estudante, que pode consolidar seus saberes.

Algo que chama atenção para essa estratégia de ensino é que ela aproxima a teoria da prática, uma das dificuldades apontadas por esses mesmos professores no ensino da dor.

Cabe aqui uma atenção maior no que diz respeito à formação dessa professora, já que utilizou uma estratégia diferente dos demais professores entrevistados. A enfermeira Violeta, que utilizou método de simulação realística, tem 28 anos de idade, pós-graduação em UTI, e conta com 5 anos de experiência como enfermeira assistencial e como enfermeira docente. Além disso, a docente diz ter aprendido sobre o assunto dor na graduação através de filmes onde havia muitas cenas envolvendo pessoas com dor. Para ela, essas imagens ficaram registradas na memória, tornando mais fácil aprender sobre as escalas de dor e sua utilização. Além disso, afirmou que os filmes a motivaram a desenvolver uma atenção maior sobre a dor.

A estratégia com a qual a enfermeira aprendeu sobre dor na graduação despertou sua motivação para esse assunto. Sua formação influenciou fortemente na maneira como os ensina. Essa forma de reproduzir o ensino utilizando as mesmas estratégias com as quais aprendeu pode oferecer perspectivas diferentes, favorecendo uma melhor relação entre teoria e a pratica.

Em observação de campo, presenciei estratégias tradicionais de ensino centralizadas no professor. Nas aulas, os estudantes não pareciam incentivados a questionar ou a participar dos assuntos, comportando-se como se estivessem assistindo a um filme. A participação me pareceu passiva e descompromissada, como se aquele universo não fizesse parte da realidade deles. como na estratégia de simulação realística,

o estudante participa, interage e descobre soluções para o problema apresentado, como observado nesta investigação.

Após as entrevistas e aulas que participei, conversei com os professores a respeito das estratégias de ensino. A maioria justifica sua estratégia de ensino dizendo que os alunos não gostam de novas estratégias; que todas as vezes que tentaram algo inovador, não foram bem aceitos pela classe. E quanto à formação dos alunos, uma frase surgiu repetidas vezes pelos professores: "*O mercado de trabalho seleciona"*.

Ou seja, o professor transfere sua responsabilidade da formação para o mercado de trabalho e justifica que o aluno prefere a mesma forma de ensino, sem variações.

Essa maneira de pensar e ensinar por parte do professor pode dificultar o processo de aprendizagem do aluno e sua aproximação com a realidade profissional. No caso do ensino da dor, essa situação é observada durante o estágio prático em ambiente hospitalar, quando o estudante não consegue relacionar a prática com a teoria aprendida. Segue o comentário do professor Cravo, apontando essa questão: *quando o aluno vai para campo é que você como professor consegue perceber se ele aprendeu mesmo, é o melhor tipo de prova. No caso da dor, eu percebo que eles não lembram de avaliar a queixa de dor junto com os sinais vitais e depois tem que ficar voltando no quarto, fazer o registro da queixa de dor, pior ainda, não sabem escrever onde é a dor, quando o paciente não consegue falar pior ainda.*

Para Vygotsky (1998), o processo de ensino-aprendizagem na escola é essencial. Nele e através dele, os alunos apropriam-se dos significados aprendidos nas diversas situações vivenciadas.

Na presente pesquisa, é possível notar que, especialmente para o enfermeiro docente nível médio, que continua atuando na assistência de enfermagem, sua aula está totalmente embasada nas suas experiências profissionais, que também está entrelaçada com sua história de vida. Por meio de observações, foi possível perceber que as aulas são bastante ricas de relatos e vivências profissionais que interessam grandemente aos alunos. A experiência profissional do professor e sua vida história de vida às vezes interessavam mais aos alunos do que o próprio conteúdo programático.

Vale dizer que, nas aulas que em estive presente como observadora, notei que, quando os professores se apresentam para ensinar uniformizados, com o traje que utilizam no ambiente hospitalar, os alunos se mostram mais interessados em aprender. O uniforme parece validar o conhecimento do enfermeiro docente, mostrando que o mesmo tem propriedade sobre o que ensina. Do contrário, não estaria atuando profissionalmente.

Sobre o poder exercido pelo uniforme do enfermeiro, é importante destacar as palavras de Monteiro: “À primeira vista, a representação dos papéis é simbolizada exatamente pelo modo de se vestir, embora não haja nenhuma garantia de que o uso de uma roupa considerada da ‘moda’ possa assegurar que a personalidade de quem a usa está de acordo com o papel que a pessoa representa ao usá-la” (1999, p. 170).

Estudos baseados na linguagem visual das roupas enquanto cultura material indicam que o branco tem importante significado para muitos profissionais da saúde. Para Farina, “essa cor está associada à simplicidade, limpeza, paz, pureza, harmonia, estabilidade, assim, traz um forte poder simbólico de higiene e saúde e que culturalmente é esperado que seja usada pelos médicos, odontólogos, enfermeiros, por aqueles que tratam a doença” (1990, p. 112). Dessa forma, quando o enfermeiro docente ensina uniformizado, confere certa legitimidade às suas palavras em relação à profissão, e o aluno sente-se motivado frente à carreira escolhida.

Existe, ao lado da importância dada ao uniforme, uma necessidade evidente por parte do aluno de adquirir referências mais palpáveis sobre o mercado de trabalho, de como vai ser sua atuação. Mais do que aprender técnicas, interessa a ele saber onde e como vai utilizar todo esse aprendizado. Sobre esse assunto, estudo realizado por Oliveira mostra que “na escola, jovens, homens e mulheres também aprendem. Todavia o conteúdo das matérias aparece de forma vaga e imprecisa, enquanto significativas para os jovens, para sua vida” (2005, p. 35). Embora os estudantes atribuam importância ao estudo, eles não conseguem perceber uma relação entre o que é ensinado na escola e o que de fato precisam saber na sua vida profissional.

4.8 Ferramentas de avaliação da aprendizagem da dor

Este item tem como propósito analisar as estratégias de avaliação utilizadas pelos enfermeiros docentes no referente ao aprendizado do aluno sobre dor.

Em resposta aos modelos de avaliação utilizados, a maioria dos enfermeiros docentes entrevistados disse fazer avaliação contínua em sala de aula, o que é preconizado pela escola, campo da nossa pesquisa. A ETEC não determina quais ou quantos instrumentos de avaliação o professor deve aplicar. Portanto, o docente tem total autonomia para escolher a melhor forma de avaliar o aprendizado dos seus alunos. Não é exigido também que haja provas escritas ou qualquer material físico que comprove que o aluno fez determinada avaliação, bastando que o professor descreva no plano de ensino e

também no diário de classe (sistema informatizado) quais foram as avaliações empregadas para cada turma.

Também não existe um período rígido para avaliações. Assim, cada professor determina as datas de avaliação. O importante é que no final de cada trimestre as menções sejam devidamente lançadas no sistema. As menções têm a seguinte denominação: MB (muito bom), B (bom), R (regular) e I (insuficiente). Cada professor atribui um grau de valor numérico a essas menções, a fim de facilitar a sua compreensão.

A seguir, algumas falas que revelam como são feitas as avaliações pelos docentes.

Dália: *Eu faço avaliação oral, eu faço avaliação escrita e também faço muitas perguntas, assim, sem colocar o nome de avaliação. Porque quando você dá o nome de avaliação retrai um pouco o aluno. Na conversa mesmo, eu vou avaliando no dia a dia, nas atividades, principalmente no laboratório, quando eu dou aula no laboratório.*

Flor de Liz: *O aprendizado de forma geral, a avaliação é feita diária e continuamente, agora se tem um aluno que necessita de uma avaliação especial, individualizada porque ele está mais lento ou está necessitando de maior entendimento, então a gente retrocede só com aquele aluno.*

Flor de Lis: *Olha é difícil a gente saber que ele aprendeu sobre dor, como pedir isso para ele, né? Na teoria eu às vezes coloco uma questão ou outra sobre a dor, às vezes eles erram, mais na prática é mais fácil, só no dia a dia mesmo, no campo de estágio, que nós conseguimos avaliar isso.*

Entrevistadora: E no campo de estágio como você consegue avaliar que eles aprenderam sobre dor?

Flor de lis: *Eles olhando a fisionomia do paciente, o paciente queixando sobre dor, eles acabam lembrando alguma coisa, o difícil é anotação da dor, eles ficam bem perdidos, às vezes esquecem de anotar, essas coisas...então eu vou avaliando em cima das atitudes e das técnicas realizadas.*

Cravo: *Na avaliação teórica eu não peço nada especifico à dor, porém, eu peço de maneira indireta quando eu cobro os sinais vitais, porque a dor é o quinto sinal vital, então eles precisam incluir a dor, a avaliação da dor. Porém é complicado pedir sobre dor em prova escrita, né? (Risos)*

Cravo: *Existe uma defasagem de 70 a 80%, no geral eles têm dificuldade em apresentar a escala de dor, eles ficam um pouco enrolados diante do paciente, e quando o paciente diz que está com dor, eles esquecem de perguntar onde é a dor, como a dor se apresenta,*

e depois ficam indo e voltando para perguntar. Sobre a conduta, eles costumam ter dúvidas também quanto a qual analgésico oferecer e com quem falar.

De acordo com as respostas apresentadas pelos professores, é possível observar que não há um padrão de avaliação dos alunos, cada docente escolhe seus instrumentos de avaliação de acordo sobre o que considera mais adequado. A maioria dos professores revela dificuldade para avaliar o aprendizado sobre dor, sobretudo como avaliar o conhecimento teórico sobre dor.

Afirmam que existe uma defasagem desse aprendizado que é observada durante as aulas em estágio hospitalar. Ao mesmo tempo, destacam ser difícil avaliar o conhecimento dos alunos sobre dor. Como diz Flor de Liz: *Olha é difícil a gente saber que ele aprendeu sobre dor, como pedir isso para ele, né? Na teoria eu às vezes coloco uma questão ou outra sobre a dor, às vezes eles erram, mais na prática é só no dia a dia mesmo, no campo de estágio nós conseguimos avaliar isso.*

Com base nas falas dos professores, é possível afirmar que os profissionais de enfermagem a nível médio estão chegando ao mercado de trabalho com dificuldades para compreender a dor biológica, avaliar a queixa de dor do paciente, aplicar as escalas pertinentes e informar o enfermeiro a respeito dessa dor. Isso se torna preocupante ao se pensar que o profissional auxiliar/técnico de enfermagem compõe o maior contingente da categoria enfermagem no Brasil, e que esse profissional é o que realiza a maioria dos procedimentos no paciente, incluindo os sinais vitais, fazendo parte desses o quinto sinal vital, a dor.

4.9 O campo social da enfermagem e seus agentes

Neste tópico, busca-se pensar a atuação do enfermeiro docente a partir de seu campo de pertencimento e de seu *habitus* de formação.

O conceito de *habitus* é entendido como um sistema de disposições para a prática, ou seja, "é um fundamento objetivo de condutas regulares, logo, da regularidade das condutas" (BOURDIEU, 2004, p. 98). O *habitus* faz com que os agentes que o possuem comportem-se de uma determinada maneira em determinadas circunstâncias. O *habitus* é entendido como um conjunto de percepções, disposições, maneiras de sentir, de fazer e de agir de uma determinada forma, em uma circunstância dada.

Na área da enfermagem, os profissionais adquirem uma forma de pensar e agir que são produto de uma aprendizagem que acontece no cotidiano do seu trabalho, são

rotinas mentais e corporais inconscientes que permitem ao profissional agir quase sem pensar. Esse modo de agir, segundo Bourdieu (2004), expressa-se por uma atitude "natural" em determinado meio. O *habitus* é adquirido mediante a interação social e, ao mesmo tempo, é o classificador e o organizador dessa interação.

Na enfermagem, o enfermeiro constrói seu *habitus* a partir da sua história de vida, nas suas experiências profissionais e na interação das suas experiências com as experiências dos seus pares. Sua atitude frente a cada situação está perpassada por esse *habitus.* Cada agente social dotado de seu *habitus* apresentará suas atitudes de acordo com situações apresentadas no seu cotidiano ou campo de atuação. A ideia de atuação do *habitus* pode ser melhor compreendida a partir da consideração da conceituação de campo social.

O campo social, segundo Bourdieu, é "um universo, no qual estão inseridos os agentes e instituições que produzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência" (2004, p. 20). Ele pode ser entendido como um mundo social como outro qualquer, mas que funciona de modo mais ou menos independente em relação à sociedade maior e se caracteriza pela presença de tensão e de lutas, por sua conservação ou transformação. O funcionamento de um campo depende, como destaca Bourdieu, da existência de objetos em disputa e de pessoas dotadas do *habitus* que lhes permitem conhecer e reconhecer as leis que regem o "jogo". Nesse caso, o jogo tem o sentido de movimento, que ocorre durante a interação social desses agentes. Cada agente social ocupa sua posição de acordo com as situações apresentadas no campo em que está.

De acordo com essa perspectiva, o campo da saúde pode ser entendido como um espaço onde são construídos saberes e desenvolvidas práticas em torno dos objetos que justificam sua existência; ao mesmo tempo, como espaço de disputas e lutas entre seus agentes. O campo da enfermagem é um espaço disciplinar que funciona reproduzindo atividades pertinentes à categoria e que são diferentes das atividades dos demais agentes que atuam na medicina, na fisioterapia e demais áreas que constituem a equipe multiprofissional, porém com a mesma dinâmica do campo de saúde de que faz parte.

A formação profissional de cada agente atuante no campo da saúde funciona como um bem ou valor que, dentro do campo da saúde, se apresenta como capital.[23]

---

[23] O conceito de capital cultural refere-se "ao conjunto das qualificações intelectuais produzidas pelo sistema escolar ou transmitidas pela família" (BONNEWITZ, 1969, p.53). O capital cultural pode existir sob três formas: no estado incorporado, ou seja, sob a forma de disposições duráveis do organismo; no estado objetivado, sob a forma de bens culturais quadros, livros, dicionários, instrumentos, máquinas, que constituem indícios ou a realização de teorias ou de críticas dessas teorias, de problemáticas; e no estado

No campo da saúde, alguns agentes possuem um capital cultural maior do que outros. O agente com título de médico, por exemplo, possui um capital cultural maior que os enfermeiros. Por conta disso, o enfermeiro ocupa, nesse campo, uma posição de menor prestígio.

Sob a perspectiva da sociologia de Bourdieu, a enfermagem constitui um campo no interior do campo da saúde e, como tal, apresenta características semelhantes a este último. Assim, o campo da enfermagem constitui-se por uma região menor no interior do campo da saúde, conservando, no entanto, uma dinâmica muito próxima deste. Assim como nos demais campos, os grupos detentores de maior capital cultural e melhor posição na estrutura deles tendem a manter também o controle do campo (THIRY-CHERQUES, 2006).

No ensino da enfermagem, os profissionais melhor preparados, que detêm o conhecimento teórico e prático, detêm maior capital cultural e ocupam as melhores posições dentro do campo da enfermagem, destacando-se na área da chefia de enfermagem. Essa chefia coloca-os na posição de dominantes em relação aos demais.

As classes dominantes "são aquelas que impõem a sua espécie de capital como princípio de hierarquização do campo. Não se trata, no entanto, de uma luta meramente política [...], mas de uma luta, a maioria das vezes, inconsciente, pelo poder" (THIRY-CHERQUES, 2006, p. 40). Ou seja, outros enfermeiros desse campo podem aspirar ao cargo de chefia.

Os agentes que se encontram inseridos num campo específico, como o campo do ensino na enfermagem, possuem em comum um conjunto de interesses, isto é, "tudo o que está ligado à existência mesma do campo. Isto leva à construção de uma cumplicidade objetiva que permanece subjacente a todos os conflitos e antagonismos existentes" (DOMINGOS, 2002, pp. 49-58). Essa conivência não se expressa de forma explicita, mas implícita nas relações entre os sujeitos que atuam no campo. Assim, apesar das relações entre os sujeitos integrantes do campo da saúde serem permeadas de cooperação, nelas coexistem o conflito e as disputas pela autoridade para falar e agir em nome do campo.

No campo da saúde, há conflitos e disputas pelo monopólio do poder nas relações que se estabelecem entre duas categorias profissionais fundamentais: o médico e o enfermeiro. Historicamente, o médico tem sido a figura central do campo da saúde e sua

---

institucionalizado, sob a forma de objetivação que é preciso colocar à parte porque, como se observa em relação ao certificado escolar, ela confere ao capital cultural de que é, supostamente, a garantia propriedades inteiramente originais.

autoridade e poder perpassam todos os campos com ele relacionados. Ao longo da história da medicina, o médico tem exercido o poder da autoridade legítima para falar e agir em nome do campo da saúde (ADAM, HERZLICH, 1994). Esse monopólio é atribuído ao médico pela sociedade ao longo da história, o que lhe tem propiciado igual poder econômico, cultural e social (D´OLIVEIRA, 2000).

Segundo Silva (2005) aponta, os médicos, por ocuparem posição de destaque e prestígio social, contam com certa supremacia em relação aos demais membros da equipe de saúde, inclusive em relação aos enfermeiros. O estudo mostra a hegemonia da medicina sobre a enfermagem como o principal fator de conflito entre essas duas categorias de profissionais, o que acarreta obstáculos à excelência na produção dos serviços em saúde e à qualidade da assistência prestada aos usuários, segundo esse estudo.

O autor revela ainda que os enfermeiros, mesmo contando com representatividade e possuindo formação de nível superior, não têm autonomia para discutir, questionar e deliberar junto ao médico sobre o andamento dos serviços prestados ao paciente. Em alguns casos, os enfermeiros são chamados a fazer parte de discussões sobre a prática clínica e tem o direito de opinar sobre a proposta de tratamento dos pacientes sob seus cuidados, porém a palavra final é proferida pelo médico. Nesse sentido, os enfermeiros sentem-se desmotivados ao ver sua atuação limitada às prescrições médicas. As lutas pela ocupação de espaços e posições, autonomia profissional e aquisição de poder permeiam esse campo.

Essa luta aparece na fala da enfermeira Cerejeira, quando ela diz: *eu atuo na área de obstetrícia, então no meu setor o gerenciamento de vagas é feito pela enfermeira em conjunto com o médico. Funciona assim, médico e enfermeira decidem juntos para quem vai ser destinada uma vaga, já que temos poucas vagas e muita procura. Mas essa decisão em conjunto é só para dizer que é assim, na prática quem decide mesmo são os médicos. A gente como enfermeira até que tenta discutir, argumentar, né? Eles até escutam, mas a palavra final é sempre deles.*

A posição ocupada pelos enfermeiros no campo da saúde vai depender da aquisição de capital e de sua acumulação, o que se dá de forma diferenciada entre enfermeiros docentes e assistenciais.

Nesse cenário, os enfermeiros docentes preocupam-se em acumular capital cultural investindo na sua capacitação mediante especializações, *lato-senso e stricto senso*, orientação de trabalhos científicos, em nível de graduação e pós-graduação, desenvolvimento de projetos de pesquisa, publicação de artigos em periódicos

especializados da área, entre outros, como atividades acadêmicas. Os que possuem doutorado e pós-doutorado investem na cultura de outras formas, como na participação de bancas examinadoras, comitês, comissões científicas, grupos de pesquisa, associações científicas nacionais e internacionais, cargos administrativos, atividades de magistério ao nível da pós-graduação, autoria de livros, publicação em artigos de periódicos nacionais e internacionais, entre outros (GOMES, 2005).

Vale salientar que os enfermeiros assistenciais buscam melhorar sua posição no campo mediante a acumulação de capital cultural na forma de cursos de especialização, complementados por constante atualização, discussão em grupos, elaboração de rotinas que lhes conferirão as condições necessárias a um bom desempenho profissional e fortalecimento de sua autonomia e autoridade científica (o domínio tecnológico, o saber educar e o saber administrar).

A enfermagem, desde sua origem, compreendia somente o atendimento curativo e se desenvolvia, prioritariamente, no sistema hospitalar. No entanto, na atualidade, essa profissão procura firmar-se "encontrando seu campo de atuação pautado na cientificidade da assistência de enfermagem no cuidado com o ser humano, assim entendido em seu mais amplo conceito" (REIS, 2008, pp. 61-70).

Esse movimento das tendências imanentes do campo passa a ser percebido pelos sujeitos que incorporam o *habitus* "adaptado, competente, dotado do sentido do jogo. Se o habitus é a mediação, o sentido que se instaura entre a mobilização de recursos e a ação do sujeito, essa ação supõe uma operação preliminar de decifração dos eventos em que o sujeito toma parte" (DOMINGOS SOBRINHO, 2002, pp. 49-58).

Cabe refletir o quanto essa tensão existente no campo da saúde entre médicos e enfermeiros pode interferir na maneira como se trata a dor. Na disputa pelo poder no campo, acaba-se adiando o tratamento da dor, ou seja, o indivíduo sofredor aguarda com dores a conduta daquele que controla o poder no campo. A enfermeira Orquídea contribuiu relatando: *Na psiquiatria, é muito triste essa questão de dor, geralmente os médicos não acreditam no doente e a enfermagem por ficar mais próxima sabe avaliar melhor essa dor, você vê que o paciente está sofrendo, fala com o médico e por pura arrogância do indivíduo, para não dar o braço a torcer para o enfermeiro, ele prefere deixar o paciente sofrendo. É uma briga eterna entre médico e enfermeira, eles não aceitam nosso conhecimento. Por essa razão, eu prefiro ser professora, a gente sofre menos.*

5 PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA DOR

Neste capítulo, discorro sobre a atuação do enfermeiro na avaliação, no manejo e no controle da dor, sua responsabilidade técnica e profissional, bem como a utilização de recursos não farmacológicos no alívio da dor.

Na compreensão da enfermagem, a dor para além do seu significado de alerta é motivadora de sofrimento e diminuição da qualidade de vida. Para esses profissionais, é, portanto, essencial uma atuação planejada e organizada para uma melhor resposta na avaliação e no controle da dor, que deve incluir ativamente a participação de quem sente dor.

Enquanto profissional de saúde privilegiado pela proximidade e tempo de contato com o doente, o enfermeiro tem uma posição importante para promover e intervir no controle da dor. As intervenções de enfermagem junto à pessoa com dor incluem a avaliação, o controle e o ensino, devendo todas as intervenções ser documentadas.

Na presente pesquisa, todos os enfermeiros entrevistados responderam que acreditam fortemente que o enfermeiro é o profissional que melhor lida com a queixa de dor do paciente. Como nos diz Violeta: *sem dúvida, somos nós, enfermeiros, que melhor lidamos com a queixa de dor do paciente. Nós estamos 24 horas ao lado do paciente, recebemos sua queixa, tratamos e verificamos o resultado. Conhecemos melhor cada paciente, como é a dor para ele. Os outros profissionais ficam só no biológico.*

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, COFEN-197/97, estabelece e reconhece as Terapias Complementares para o controle da dor como especialidade ou qualificação do enfermeiro, desde que esse profissional tenha concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino com carga horária mínima de 360 horas. Todavia, mesmo reconhecida, ainda há certa discriminação, por serem realizadas dentro de um paradigma diferente daquele que norteia a prática de saúde (LEÃO, SILVA, 2004).

Segundo Leão e Silva (2004), ainda há desconhecimento por parte da população em geral e também dos profissionais da saúde em relação aos benefícios dos métodos de tratamento não farmacológico para a dor.

Como destacam Potter e Perry (2006), as percepções sobre saúde e doença são formadas por fatores culturais e, em consequência disso, todos os indivíduos têm comportamentos distintos em relação aos cuidados de saúde.

O papel do enfermeiro consiste em dar resposta às queixas dos pacientes sem fazer juízos sobre a sua intensidade e sem projetar os seus próprios valores e comportamentos ao avaliar as queixas e atitudes dos doentes. A pessoa ativa e com saúde não está na posição mais adequada para julgar o sofrimento dos outros, pois corre o risco de subvalorizar a dor, com prejuízo daquele que sofre (METZEGER, SCHWETTA, WALTER, 2002).

É fundamental, na admissão do paciente, obter tanta informação quanto possível junto ao paciente de forma a conhecer quais são suas expectativas, conhecimentos e preocupações relativas à dor, orientar sobre a importância de verbalizar o seu desconforto e os vários métodos existentes para o alívio da dor, sem esquecer de referir que ele é o melhor avaliador da sua dor e que, pelo menos uma vez por plantão, sua dor será avaliada.

Segundo Watt-Watson (2003), a sensibilidade e a empatia são aspectos importantes na abordagem sistemática do paciente com dor. As queixas do paciente sobre a dor que sente são a chave para um controle eficaz.

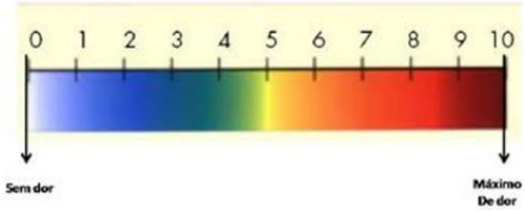
A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública (AHRQ), a Sociedade Americana da Dor (APS) e, posteriormente, a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED) descreveram a dor como o quinto sinal vital que deve ser sempre avaliado e registrado juntamente com os outros quatro sinais vitais: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (SOUZA, 2002; SBED, 2006).

No campo da saúde, há uma escala para mensurar a queixa de dor. A enfermagem e as demais equipes que compõem a área da saúde utilizam a Escala Visual Analógica, que consiste em uma linha horizontal ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, em que numa extremidade tem a classificação “Sem Dor” e na outra, a classificação “Dor Máxima”. O profissional de enfermagem deve perguntar ao paciente que intensidade de dor está sentindo naquele momento.

Escala Numérica

A Escala Numérica (Figura 2) consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numerada de 0 a 10. Pode mostrar-se ao doente na horizontal ou na vertical, explicando-lhe que se pretende que ele faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e 10, à classificação “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Figura 1- escala numérica



Fonte: Google

Há também o uso da Escala de Faces. Neste tipo de escala, é pedido ao paciente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a expressão de cada face desenhada. O paciente deve ser orientado que a expressão de felicidade corresponde à classificação “Sem Dor” e a expressão de máxima tristeza corresponde à classificação “Dor Máxima”. O profissional registra o número equivalente à face selecionada pelo paciente.

A mesma escala é utilizada para pacientes que não compreendem números, ou que estão impossibilitados de comunicação verbal. Nesses casos, o profissional de enfermagem deverá observar a expressão não verbal e alterações dos sinais vitais, como pulso e respiração. A partir dessa observação, determinar uma carinha da escala compatível com a expressão de dor do paciente.

Figura 2 – **escala de faces**

Fonte: Google

Baseado nessas escalas, ao avaliar a dor, os profissionais de saúde têm que estar atentos a sinais objetivos, fisiológicos (alteração dos sinais vitais) e comportamentais (expressão facial, resposta motora, reação afetiva e verbal) e, ainda, a dados subjetivos (localização, intensidade, qualidade, início, duração, frequência, causa, fatores de agravamento e alívio) (WATT-WATSON, 2003).

Como discutem Elkin, Perry e Potter (2005), cuidar do doente com dor pode ser uma experiência desafiadora, mas também compensadora quando o enfermeiro tem capacidades e conhecimentos sobre várias opções terapêuticas. Tendo em atenção que a

dor é, em sua dimensão individual, uma experiência única para cada pessoa, não há um tratamento padrão que alivie todos os doentes, em todas as situações, podendo ser útil recorrer a várias estratégias para conseguir um bom resultado.

5.1 Tratamentos não farmacológicos no alívio da dor

Controlar a dor e promover o conforto são dois aspectos importantes nos cuidados de enfermagem. Todos os pacientes apresentam algum tipo de desconforto físico, emocional ou dor e, como preconizam Elkin, Perry e Potter (2005), em todas as intervenções de enfermagem, deve ser dada atenção especial à promoção do seu conforto. Sempre que possível, o enfermeiro deve procurar intervenções que promovam alívio satisfatório da dor, com medidas não farmacológicas. Podemos observar na fala de uma das enfermeiras entrevistadas em nossa pesquisa a importância do conforto no alívio da dor emocional. Lavanda: *como enfermeiros, precisamos entender que o medicamento não resolve a dor da alma, a dor emocional, né? E, como a enfermagem é quem fica mais tempo com o doente, a gente percebe que, às vezes, o que o paciente precisa para melhorar daquela dor não é do remédio da farmácia; ele precisa de conforto humano, uma conversa, a mão na mão, sabe?*

Pimenta (2000) considera que o controle da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções; farmacológicas e não farmacológicas, que atuem nos diversos componentes da dor. De acordo com a autora, essas técnicas são, na sua maioria, de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser orientadas aos pacientes e seus familiares para uso domiciliar de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo.

Nem todas as técnicas não farmacológicas substituem os analgésicos, porém, em doentes que necessitem de tratamento farmacológico, podem ser adjuvantes úteis na redução da dosagem da medicação e na diminuição da dor enquanto a medicação não produz efeito (WATT-WATSON, 2003). Para Flor de Lis: *nada impede o enfermeiro de associar medicamentos com uma massagem no local da dor, ou uma bolsa quente. Claro que a enfermeira precisa avaliar e saber o que está fazendo, porque hoje não podemos mais fazer essas coisas da nossa cabeça, apenas, e depois outra, temos que anotar tudo que fazemos ou mandamos fazer. Mais, eu procuro, quando dá tempo, né, não vou mentir aqui... (risos, olha para cima) Quando dá, eu vou e faço isso, associo uma bolsa de calor ou frio, uma compressa de camomila numa flebite, mas, quando tá corrido, vai só na dipirona mesmo. (gargalhada).*

Dias (2007) sustenta que as técnicas não farmacológicas podem resolver algumas situações de controle e tratamento da dor. Essas técnicas podem ser um complemento fundamental na recuperação plena do bem-estar da pessoa. E isso "sem os efeitos secundários associados, muitas vezes, aos tratamentos farmacológicos" (2007, pp. 4-5).

É importante ressaltar que as práticas complementares, que podem ser utilizadas como tratamento não-farmacológico da dor, constituem dois grupos: técnicas ou métodos realizados pelos enfermeiros na consulta de enfermagem e que requerem especialização ou qualificação profissional, além de respaldo legal do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN); e técnicas mais simples, de fácil aprendizado e que podem ser ensinadas aos pacientes.

Sobre as técnicas mais simples que podem ser ensinadas aos pacientes, Azaleia coloca: *quando alguém da minha família está com dor, eu sempre ensino eles a começar com alguma alternativa que não seja remédio, primeiro porque remédio é droga, depois porque custa dinheiro (olha para cima) e às vezes é alguma coisa boba, que melhora com uma massagem, uma mudança de posição. No hospital, eu faço a mesma coisa, porque a gente tá liberado para essas práticas. Aliás, o povo até prefere, né, não dá trabalho para prescrever, pegar na farmácia, preparar e administrar.*

Segundo Leão e Silva (2004), se esse ensino não ocorrer efetivamente, consequentemente as medidas complementares não serão amplamente utilizadas, podendo gerar um ciclo vicioso e levar à perda de credibilidade pelos pacientes, os quais acabam por aderir somente à terapia farmacológica. Para a enfermeira Orquídea: *olha, eu penso que para melhorar a queixa de dor do paciente, vale tudo. Eu, como enfermeira especialista em saúde mental, trabalhando na psiquiatria, que nem tem médico clínico direto, eu uso placebo, mesmo, massagem quando eles deixam, né? (risos) Até banho morno às vezes melhora a queixa de dor.*

Modalidades de tratamento não farmacológico.

A termoterapia é a aplicação do calor ou do frio com objetivos terapêuticos. A atuação do calor superficial acontece por condução, sendo a elevação térmica lenta e distribuída superficialmente aos tecidos orgânicos[24].

[24] Segundo Pinheiro (1998), a termoterapia pode ser utilizado nas patologias crônicas em que a dor e a contratura são dominantes. A simplicidade e acessibilidade dos agentes disponíveis generalizaram a sua utilização. Os seus efeitos secundários e as contraindicações são também bastante reduzidas.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2004), o calor reduz a dor porque diminui a isquemia tecidual, aumentando o fluxo sanguíneo e o relaxamento muscular. Promove o alívio da rigidez articular, dos espasmos musculares e da inflamação superficial localizada.

Elkin, Perry e Potter (2005) enumeram alguns dos efeitos terapêuticos obtidos com aplicação do calor: promove a vasodilatação, através do aumento do fluxo sanguíneo na área afetada; distribuição de nutrientes; remoção de detritos; diminui a congestão venosa nos tecidos afetados; reduz a viscosidade sanguínea e a tensão muscular, melhorando a distribuição de leucócitos e antibióticos no local afetado; produz o relaxamento muscular e reduz a dor provocada por espasmos ou rigidez; aumenta o metabolismo tecidual, melhorando a circulação local; produz o aumento da permeabilidade capilar que promove a remoção de metabolitos e aporte de nutrientes.

Pimenta (2000) destaca que esse tipo de calor pode ser aplicado sobre o local da dor através de bolsas térmicas, compressas ou toalhas umedecidas, e pela imersão, com temperatura entre 40˚C a 45˚C, durante 20 a 30 minutos, várias vezes ao longo do dia, e não deve ser aplicado em áreas com infecção, hemorragia ativa, sobre local do tumor em caso de neoplasias, traumatismos agudos e insuficiência vascular.

Além do calor, a técnica prevê aplicação do frio (Crioterapia), como explica Pimenta (2000). Essa terapia reduz a velocidade de condução nervosa, diminuindo a chegada de estímulos dolorosos ao Sistema Nervoso Central e aumentando o limiar doloroso; e alivia o espasmo muscular pela redução da atividade do fuso muscular e da velocidade de condução dos nervos periféricos. Pinheiro (1998) destaca que a atividade vasoconstritora do frio é conhecida desde a antiguidade, particularmente usada para interromper sangramentos. Suas propriedades analgésicas foram largamente estudadas no início do século XX. A aplicação local de frio na forma estática é de fácil execução e privilegia o efeito analgésico.

O frio superficial pode ser aplicado de 10 a 15 minutos, duas a três vezes por dia, através de bolsas de água fria, sacos de gelo, toalhas geladas, compressas frias, cubos de gelo, imersão em água fria. Durante a sua aplicação, deve-se colocar uma proteção entre a fonte fria e a pele (toalha), vigiar alterações na coloração e no aspecto da pele e, ainda, não ultrapassar o tempo de exposição recomendado (PIMENTA, 2000).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1997) recomenda que o enfermeiro deve utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em

substituição da terapêutica farmacológica, e que esta deve ser escolhida de acordo com as preferências do paciente, objetivos do tratamento e evidência científica disponível.

A partir dos estudos apresentados, podemos compreender que o enfermeiro pode contribuir muitas vezes de maneira autônoma para o alívio da dor e do sofrimento quando o mesmo conhece e faz uso de tratamentos coadjuvantes não farmacológicos no alívio da dor. Os enfermeiros docentes da presente pesquisa acreditam e fazem uso sempre que possível das terapias coadjuvantes no controle da dor. Eles reconhecem a importância do registro dessa prática como respaldo legal na profissão. A eficácia dessas práticas alia-se à eficácia dos placebos, como veremos a seguir.

5.2 A dor para o enfermeiro docente a nível médio

Este capítulo busca discutir sobre as representações sobre a dor do enfermeiro docente do curso técnico de enfermagem.

A dor permeia a vida do enfermeiro em sua profissão. Como ser humano, ele também sente dor no cotidiano da sua profissão, lida com a dor do outro; e, como professor, ensina o futuro profissional a cuidar daquele que tem dor. Pode-se dizer que a dor é uma constante em sua vida, tanto no plano teórico quanto prático. Em todos esses momentos em que o enfermeiro encara a dor, ele mobiliza dentro de si as experiências vividas com esse fenômeno, das quais também fazem parte sua formação como profissional da saúde.

Em sala de aula, cabe ao enfermeiro docente a tarefa de ensinar seus alunos a teoria sobre a dor, na sua dimensão biológica, e como avaliar a queixa de dor nos pacientes que a informam verbalmente e dos que não conseguem verbalizar sua queixa de dor. O enfermeiro docente deve, ainda, ensinar o manejo não farmacológico e o farmacológico para o alívio dos sintomas (COFEN, 2010).

Complementando o ensino teórico, o aluno dos cursos de enfermagem do ensino médio, graduação e pós-graduação, deve aprender no campo hospitalar, através de estágio prático, as técnicas e cuidados aprendidos na teoria. Portanto, de acordo com essas determinações legais, o enfermeiro docente tem responsabilidade sobre o processo de ensino-aprendizagem do assunto dor, tanto no ensino teórico quanto prático. Essa responsabilidade traz à tona a necessidade de mobilizar todo seu repertório de experiências profissionais e pessoais sobre dor.

Para apreender o processo de ensino-aprendizagem da dor na enfermagem, é importante retomar as considerações sobre o fenômeno dor para o indivíduo.

A esse respeito, Fleming destaca: “a dor está intimamente ligada à cultura, à arte, à religião e a todas as outras formas que o homem criou para simbolizar, para transformar as vivências humanas geradoras de sofrimento, dando-lhes sentido para torná-las mais suportáveis” (2003, p. 164). Indo nessa direção, Le Breton (2013) afirma que a dor não escapa à condição antropológica das outras percepções. É simultaneamente experimentada e avaliada, integrada em termos de significado e valor. Nunca puramente fisiológica, a dor pertence à esfera simbólica como destacado neste trabalho.

O sentido atribuído à dor não é estático, ele sofre modificações constantes de acordo com certas variáveis, como o momento vivido, as pessoas que estão à nossa volta e o que cada uma delas representa naquele contexto. Assim, num dado tempo, a mesma dor pode assumir uma representação mais ou menos intensa. Em uma de minhas experiências profissionais, um paciente idoso me disse: “a dor que sinto hoje na perna, é a mesma dor que sentia há 10 anos atrás, porém hoje dói muito mais…naquela época tinha minha esposa, a dor era menor”.

Aliado à referência biográfica da sua formação, a dor para o enfermeiro docente assume o significado das suas vivências, das pessoas à sua volta, da história de vida e da formação, sendo algo móvel e não fixo, o que torna difícil definir em termos exatos a dor para o enfermeiro docente. Pode-se afirmar que a dor faz parte do seu cotidiano, porque faz parte do seu trabalho, porém a convivência diária com a dor do outro pode acarretar fissuras na dimensão emocional do enfermeiro, penetrando sua dimensão biológica, causando-lhe também dor física, desconforto e sofrimento.

A dor na vida do enfermeiro docente também pode lhe causar um entorpecimento em relação à dor do outro. Assim, a dor para o enfermeiro permaneceria no plano meramente profissional. Ou, ainda, a dor do outro poderia se tornar um sentimento banal, dado o número de vezes que o enfermeiro tem contato com a queixa de dor dos pacientes.

Podemos observar um exemplo disso na fala da enfermeira Dália: *quando eu penso na minha dor, na dor dos meus pacientes, né? (faz pausa) ... Eu acho que meu jeito de ver a dor foi mudando; antes, quando eu era jovenzinha e sonhava em ser em enfermeira, ainda lá em Fortaleza, a dor era uma coisa que incomodava mais, sabe? Hoje eu sei lidar com as minhas dores do corpo e da alma, a gente aprende, né? Por isso que velho tem dor (risos) e a dor do paciente, a gente fica diferente, dá menos importância, sabe? É triste, mas é isso. E não para, viu? Eu sei que vai continuar mudando.*

Como desenvolve Le Breton (2013), qualquer dor, até mesmo a mais modesta, leva à metamorfose que provoca mudança na relação do homem com os outros e com o mundo. A questão é: a dor do outro provoca mudança naqueles que estão à sua volta? Conviver profissionalmente com a dor provoca mudanças no enfermeiro? Essas mudanças modificam a maneira como o enfermeiro ensina sobre dor?

Há que se pensar também sobre o fato de o enfermeiro lidar com a dor sob diferentes perspectivas. Como o enfermeiro lida com a sua dor? Como lida com a dor daqueles que ama? Como lida com a dor dos pacientes de que cuida? Como essa representação da dor impacta no ensino da dor em sala de aula e no estágio prático em ambiente hospitalar? Qual é a relação dessa representação de dor para o enfermeiro docente e a desvalorização da queixa de dor encontrada nos serviços de atendimento à saúde? E qual o envolvimento disso com a maneira de ensinar sobre dor?

A imersão no universo do enfermeiro docente permitiu vivenciar cada momento do seu cotidiano. Buscando usar as lentes do pesquisador social, procurei compreender seu discurso sobre dor, sua maneira de cuidar e de ensinar os técnicos de enfermagem a cuidar de todos aqueles que sentem dor. É a partir dessa perspectiva que procuro escrever sobre a representação de dor para o enfermeiro docente a nível médio.

Para Jodelet (1985), as representações sociais são modalidades de conhecimento utilizadas para a comunicação e compreensão do contexto social. São formas de conhecimento que se manifestam através de imagens, conceitos, categorias e teorias sendo constituídas e compartilhadas socialmente, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação.

Segundo Jodelet, “as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação, às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm” (1985, p. 470).

Para o enfermeiro docente, a dor representa sofrimento. Todos os enfermeiros entrevistados responderam que a dor é desconforto, uma sensação desagradável que causa mal-estar e remete a lembranças da dor física e emocional que viveram. Essa representação da dor como sofrimento parece estar intimamente relacionada a experiências vividas, muitas delas ainda na infância ou adolescência. Os enfermeiros relataram ter vivenciado momentos de intensa dor física e emocional. Alguns derramaram lágrimas ao relembrarem da dor sentida.

Nas falas que seguem, podemos notar a definição de dor para os enfermeiros entrevistados. Ao ser perguntado "o que é dor para você?", Begônia: *(sorriu e comentou) que pergunta interessante. Na verdade, eu só penso na palavra dor quando tenho dor…bom, quando tenho dor, sinto sofrimento, acho que é isso.*

Lavanda: *Dor? (Pensativa) não é fácil definir, acho que dor é sofrimento. Sim, dor é sofrimento.*

Orquídea: ***(****muito séria). Para mim existem dois tipos de dor, a dor física e a dor psicológica. A dor física é aquela que você tem por um machucado, por uma cirurgia, por uma infecção, e a dor psicológica é aquele sofrimento que você tem quando alguma coisa não vai bem. Na área que eu atuo, a gente tem muitas questões de dor mental, o sofrimento mental é muito grave e desvalorizado pelos profissionais.*

Cravo: *Também, dor é algo que agride, incomoda, me tira a paciência (risos), dor faz sofrer.*

A palavra sofrimento esteve presente na fala da maioria dos enfermeiros docentes, somente uma enfermeira não usou o termo "sofrimento". Observando com atenção os vídeos das entrevistas, noto que, sempre que falavam de sofrimento, havia mudança no semblante e na postura dos enfermeiros, como se a recordação daquela dor atravessasse a dimensão biológica para a emocional, provocando mudanças. Dada a relevância e a frequência com que a palavra sofrimento emergiu, busco sua origem.

A palavra sofrimento tem a sua origem etimológica e semântica nas palavras *phérein* no grego e *ferre* no latim, que designam "carregar", e *sufferre*, carregar por baixo, significando igualmente oferecer, tolerar, suportar, permitir, aceitar. Refere Cerqueira (2011) que apenas no século XVI foi atribuído significado à experiência de sofrimento tal como a uma experiência de dor. Hoje, o sofrimento é reconhecido como algo que afeta a unidade e a integridade, provocando a ruptura da identidade da pessoa.

Por vezes, sofremos devido a uma consequência direta de uma decisão; outras vezes, por um fato casual. O sofrimento faz parte da vida de todos os seres humanos e pode ser físico, moral, individual; mas é sempre social.

A fala da enfermeira Flor de Liz mostra essa dimensão moral do sofrimento: *eu posso dizer que sofri muito na enfermagem e ainda sofro, hoje menos. Meu sofrimento está relacionado ao tratamento que recebo porque sou negra. As pessoas te humilham, não te aceitam naquele lugar, e isso causa dor. No geral, o enfermeiro já é desvalorizado como profissional dentro do hospital. Parece assim, os médicos são os donos da casa, as enfermeiras são as esposas sempre abaixo e pensa você quem ainda é negra (balança a*

cabeça) sei que estou nessa há 32 anos, sei o que eu falo. Pelo menos como professora, os alunos te dão mais valor. Alguns, né?

Segundo Cerqueira (2011), o sofrimento está ainda associado a um sentimento de perda, sendo que uma das perdas mais ameaçadoras é a provocada pela doença, tratando-se da fonte de sofrimento mais comum. Sendo social, subjetivo e pessoal, o sofrimento está intimamente relacionado com o passado e o presente da pessoa, com sua cultura, seus vínculos afetivos, seu corpo, suas emoções e suas expetativas para o seu futuro. Resulta, assim, do dano provocado em todas as áreas da vida, e poderá ainda surgir associado a uma incapacidade física, a uma doença, à modificação da imagem corporal ou a uma perda representativa.

A dor pode causar ansiedade e medo, podendo ser insuportável para o indivíduo pela sua intensidade e persistência. Dor e sofrimento estão relacionados.

De acordo com Le Breton "[N]ão há dor sem sofrimento, isto é, sem significado afetivo que traduz a inserção de um fenômeno fisiológico no cerne da consciência moral do indivíduo" (2013, p. 15).

O enfermeiro docente atribui uma representação negativa à dor, que para ele que está sempre associada a um sofrimento do corpo e da alma. A dor para esses profissionais deve ser evitada e aliviada o mais depressa possível, o que mostra a inserção dessa dor física na consciência moral.

Nas palavras da enfermeira Amarilis, podemos notar essa conotação negativa da dor: *Quando fala na palavra dor, eu já sinto dor...(coloca as mãos no colo) eu sofri muito com dor menstrual, não havia medicamento que fizesse passar, eu fui até em benzedeira, porque os médicos não acreditavam na minha dor. Essa dor mexeu tanto comigo que foi por ela que resolvi fazer enfermagem, acredita? Pois é... e assim também, falou para mim que tem dor, eu dou medicação. Pode ser família, vizinho, paciente, quem for, a resposta é medicação!!!!(parece irritada) eu não entendo, paciente internado no hospital sentindo dor, nós temos um arsenal de remédios, pra que isso? Ver a pessoa sofrendo, não. E se o médico não prescrever, eu vou atrás de outro. Não podemos deixar a dor chegar na alma, tem que acabar com ela no corpo.*

Na cultura ocidental, a dor, segundo Helman (2009), tem conotação negativa e de sofrimento, porém, em outras culturas, como algumas indígenas, a dor pode ter conotação positiva, dado o propósito que o indígena atribui ao momento de dor, como ato heroico e de pertencimento grupal, como visto em outro item. Segundo Le Breton, "[A] dor produz um significado afetivo na memória do indivíduo. Toda dor envolve uma dimensão moral,

um questionamento da relação do indivíduo com o mundo" (2013, p. 16). Pode-se notar uma correspondência entre a representação de dor para os enfermeiros docentes e a afirmação de Le Breton. De fato, a dor produz nesses enfermeiros um significado desagradável, de sofrimento, que permanece registrado na memória e que é acionado sempre que o enfermeiro enfrenta situação semelhante.

Como desenvolve Sarti (2001), nenhuma realidade humana prescinde da dimensão do social. A dor como experiência subjetiva torna-se um campo privilegiado para se pensar a relação entre o indivíduo e a sociedade. Toda experiência individual vivida é registrada num campo de significações elaborado coletivamente. Há uma estreita relação entre o significado atribuído à dor, seu enfrentamento e a religião. Como podemos observar na fala da Azaleia: *Religião é tudo na minha vida, é o que dá direção. A dor toma outra forma na sua vida quando você frequenta uma missa, confessa seus pecados para o padre e respeita os dias de guarda. Você vê quando o paciente segue uma religião, qualquer uma, isso não importa, quando ele está doente, tem dor, ele tem um comportamento tranquilo (respira fundo), consegue esperar e tudo vai melhor com ele. Eu creio que Deus deixou a religião para ajudar na dor e no sofrimento.*

De acordo com a história bíblica, a doença e a dor aparecem no mundo após Adão e Eva cederem à sedução da serpente e comerem o fruto da árvore proibida. A partir desse momento, eles tomaram conhecimento do bem e do mal. Até então, no paraíso, não existia dor e sofrimento. A conhecida passagem bíblica nos fornece as primeiras pistas para tentar compreender a relação entre dor, sofrimento e religião. A dor pode ser interpretada, dependendo da religião, como punição, devido a um erro ou falta cometida.

Conforme passagem da Bíblia de Jerusalém (2010), em Isaías, capítulo 3, versículo 10-11: "Feliz é o justo, porque tudo lhe vai bem! Com efeito, colherá o fruto do seu procedimento. Mas ai do ímpio, do homem mau! Porque será tratado de acordo com suas obras". Essa passagem ilustra uma de várias passagens que parece atribuir penalidade como dor e sofrimento àquele que não segue os mandamentos de Deus.

A fala da enfermeira Begonia reforça esse pensamento, quando lhe foi perguntado se ela julgava importante a dor em sua vida:

Begônia: *Sim, é importante (pausa), porque a gente evolui, muda hábitos, se eu tive dor em algum momento é porque eu pequei, fiz algo de errado, no meu caso em particular, a questão foi a minha alimentação errada, a questão da ingestão de água, de não fazer caminhada, exercício físico... ninguém fica doente se fizer tudo certo na vida. Acho importante ensinar isso aos alunos.*

Na presente pesquisa, todos os enfermeiros revelaram ser espiritualizados, a maioria deles segue uma religião ou associam duas religiões. As religiões cristãs permanecem na liderança, sendo o catolicismo com maior número de adeptos, seguido pela religião evangélica. Essa informação nos conduz a pensar como a religião cristã vê dor e sofrimento.

Para a tradição cristã, a dor não é o castigo divino imposto aos que não respeitaram os mandamentos de Deus. A dor e o sofrimento são uma oportunidade concedida por Deus de participar dos sofrimentos de Cristo na cruz (Coríntios, 12, 7). Dessa forma, sendo a maioria dos enfermeiros de religião cristã, entende-se que pode existir uma relação entre a representação da dor como sofrimento e a religião cristã que lhes confere certo ponto de vista sobre o mundo.

O enfermeiro docente estaria comparando, nesse caso, mesmo que de maneira inconsciente, sua dor e sofrimento aos de Cristo, uma forma de aceitação da enfermagem como profissão de abnegação e consagração, um estado de benevolência por estar cuidando daquele que sofre.

Repetidas vezes, os enfermeiros docentes citaram a dor emocional como o pior sofrimento, sendo mais difícil de ser compreendida e tratada. Uma das enfermeiras diferenciou a dor física da emocional. Para essa entrevistada, a dor não atinge somente o corpo, podendo atingir outras dimensões do indivíduo, perpassando o físico e o emocional, provocando mudanças na sociedade e no quanto a sociedade vai modificando a maneira de o indivíduo perceber a sua dor.

Violeta: *A dor física é fácil, normalmente a gente toma um analgésico, repouso e ela finda em algum momento. A dor emocional é mais difícil, a gente precisa tentar várias maneiras de tratar essa dor emocional, às vezes com apoio psicológico, psiquiátrico, não é fácil. (Pensativa) às vezes a dor emocional causa dor física....*

Durante a observação no campo, o enfermeiro Cravo revelou: *minha dor maior não era no joelho operado, era a dor do descaso, de você aguardar a medicação que não chega (Gesticula com uma das mãos como que indignado).*

Nessa fala, observa-se a queixa pelo descaso, a desvalorização da dor sentida pelo profissional, a presença da dor social. Essa dor que foi registrada em minhas anotações no diário de campo e que se fez presente também nas entrevistas foi bastante reveladora. O enfermeiro sente que, no campo profissional em que atua, sua posição é desvalorizada em relação às classes dominantes, como da medicina (BOURDIEU, 2007).

A maioria dos enfermeiros docentes entrevistados disse apresentar baixa tolerância com a dor. Quando sentem dor, procuram alívio para o sintoma através de medicações. Seguem alguns trechos das falas que apontam esse aspecto.

Entrevistadora: Como você lida com a dor?

Margarida: *Péssimo. Eu não fico com dor, eu tomo remédio. Eu não tolero dor alguma e não fico esperando melhorar, porque eu acho assim, na realidade para mim, no meu ver, quando eu falo de dor, eu acho inadmissível, no século XXI, com esse mega aparato de saúde que a gente tem, por que a pessoa ter dor, não importa se é uma dor emocional ou se é uma dor física. Se ela é uma dor emocional e você não tem os aparatos da fé, mas você tem psicologia, tem psiquiatria, para tentar resolver, psicoterapia, terapia alternativa; e na dor física, meu Deus, a indústria química disponibiliza uma quantidade enorme de coisas que não tem por que a gente não usar, então para mim é inadmissível em relação à dor, alguém olhar para o paciente e falar assim (mudou o tom de voz): - Você já tomou sua medicação, porque é que você tá reclamando???*

Amarílis: *Eu sempre procuro medicação e falo para quem eu posso que eu estou com dor, estou mal, estou ruim... (risos) e pergunto se alguém tem um analgésico, se alguém já teve essa dor, e o que fez para melhorar, assim. Graças a Deus, as dores que eu tive até hoje são dores leves, mas sempre tomo medicamento, eu não sou do tipo de pessoa que fala: - Do jeito que a dor veio, ela vai voltar. Eu busco medicação.*

Lavanda: *Bom, eu acho, que primeiro no sentido de observação, de percepção, de tentar compreender os motivos que estão fazendo com que ela chegue ou estão fazendo com que ela continue, e a partir de aí tentar alguma ferramenta, alguma resposta para isso, porque já que eu imagino que essa a dor é um sofrimento, existe também uma busca desse não sofrimento, uma tentativa de resolver essa dor.*

A baixa tolerância com a dor relatada pelos enfermeiros docentes tem uma relação direta com a sociedade em que vivem e o contexto social. Vivemos numa sociedade medicalilizada e hospitalocêntrica, em que há a ideia de que para todas as dores existe um médico e um medicamento capaz de resolver esse problema.

Segundo Le Breton (1999), não se trata apenas de uma medicalização do sofrimento existencial, mas também de uma fabricação psicofarmacológica de si, uma modelação química dos comportamentos e da afetividade. Há na sociedade uma fuga através dos fármacos para evitar sensações que causam desconforto e o uso de determinados fármacos que causam bem-estar. Através dessas atitudes, o homem acredita estar no controle dos

seus sentimentos e de poder responder de acordo com as perspectivas da sociedade em que está inserido.

Como desenvolve Sarti, "[O] mundo social existe somente ao se constituir como sentido para os indivíduos que nele vivem" (2001, p. 60). Existe um sentido atribuído pela sociedade à dor como sofrimento, que deve ser aliviada prontamente. Para o enfermeiro, existe quase uma obrigação moral em promover o alívio da dor.

A enfermeira Cerejeira comenta a esse respeito: *Eu penso que faz parte das obrigações do enfermeiro resolver a dor do paciente, afinal a gente está ali para isso. Em casa, na rua, você é limitado, mas no hospital tem médico, pelo menos deveria ter né? (risos) às vezes a gente se vê sozinho para dar jeito em tudo. Tem que medicar para dor, resolver, eu me sinto péssima de passar o plantão para o colega dizendo: -olha seu fulano está com dor...se isso acontece vou para casa pensando.... (olhar perdido).*

Os entrevistados, quando questionados sobre qual profissional da área da saúde que melhor lida com a queixa de dor do paciente, responderam ser o enfermeiro. Ao dizer isso, os enfermeiros tomam para si essa tarefa e responsabilidade, ao mesmo tempo que afirmam que a queixa de dor continua desvalorizada pelos profissionais de enfermagem.

Na fala da enfermeira Begônia, podemos observar um pensar bastante revelador sobre a desvalorização da dor: *Eu sei que no dia a dia, mesmo com todo aparato que temos no hospital, o paciente continua com dor, uma loucura isso. Quando eu chego para trabalhar, dos 30 pacientes da minha ala, pelo menos 20 estão reclamando de dor...daí eu pergunto, o que o povo fez que não resolveu isso no outro plantão? Não adianta medicar e depois não voltar para saber se a dor melhorou, um pouco é isso que acontece.*

Para Begônia, a dor permanece subtratada e desvalorizada pelos profissionais da enfermagem, não há preocupação em solucionar a queixa de dor.

Para os enfermeiros entrevistados, a dor representa sofrimento, e esse sofrimento provém, em primeiro lugar, da dimensão emocional, muito mais do que da dimensão biológica, tendo uma relação íntima com o contexto social em que vivem, em que a dor não é tolerada. Segundo Zborowski (APUD LE BRETON, 2013), desde 1950, o mundo mudou, e, particularmente, mudou a relação à dor. Em sociedades ocidentais, os produtos analgésicos são utilizados com muita frequência. O campo médico, oferecendo sua competência no tratamento da dor, torna a dor menos suportável para o indivíduo.

Embora a dor represente sofrimento e a sociedade em que vivemos peça alívio imediato para esse desconforto, a dor permanece sendo uma das principais queixas nos hospitais, e os enfermeiros da nossa pesquisa revelam que a dor não é tratada

adequadamente. A centralidade da medicalização e da racionalidade médica no interior desses cenários, a orientação para evidências cientificamente comprovadas na medicina pode ser um indicativo para essas questões: por que os profissionais se mostram insensíveis à dor do outro? Por que tantas pessoas permanecem com dor no leito dos hospitais?

6 COMENTÁRIOS FINAIS

A imersão por 24 meses na ETEC Parque da Juventude, as entrevistas e as observações registradas me permitiram apreender que uma das importantes representações da dor para o enfermeiro docente, refere-se a ideia de sofrimento, e esse sofrimento está atrelado à desvalorização profissional e à ingratidão por parte dos pacientes. Com uma regularidade marcante, surge na fala dos enfermeiros entrevistados a palavra "sofrimento" como definição de dor e desvalorização profissional. Essa verbalização vem sempre acompanhada de expressão facial de tristeza e voz embargada pela lembrança de situações revividas.

A dor do enfermeiro tem suas raízes fincadas nos valores da sociedade, articulados à sua história de vida, à sua experiência com a dor e à sua formação profissional. A sociedade brasileira atribui à dor um significado negativo, a dor está associada a experiências ruins. Como desenvolve Le Breton, "para superar a dor, é preciso atribuir-lhe um sentido que a ultrapassa e a torna propícia" (2013, p. 69). Do contrário, a dor será vista apenas como tormento.

Nas sociedades ocidentais, aliada ao significado negativo da dor, encontra-se a crença na medicina como entidade que é capaz de impedir a morte e aliviar todas as dores através da produção farmacológica, de compostos que controlam todo tipo de dor. Esses fármacos atuam na dor física e emocional, ambas articuladas ao social. Diante da dor, o enfermeiro docente recorre a essas raízes e nos apresenta sua representação de dor, constituída pela sociedade em que vive, seu entorno social do momento e o campo da saúde do qual faz parte.

Sendo a dor representada como sofrimento para os enfermeiros pesquisados, a questão que se coloca é: quais seriam as causas desse sofrimento? Com base na investigação realizada, especialmente a observação etnográfica, foi possível apreender que o sofrimento para o enfermeiro se divide em duas vertentes sociais dadas: a primeira é o sofrimento relacionado à desvalorização profissional. Melzack e Wall (1987) avaliam esse aspecto, mostrando que a dor social também é caracterizada pelo sofrimento causado pela desvalorização do indivíduo como pessoa e cidadão, pelo desiquilíbrio financeiro, dependência dos outros, isolamento, perda de emprego, desigualdade social e pela desvalorização profissional.

Essa queixa de dor social dada pela desvalorização profissional surgiu em momentos de conversa informal na sala dos professores, nos corredores e reuniões.

A segunda vertente social da dor é o sofrimento causado pela ingratidão dos pacientes que recebem os cuidados e não se mostram gratos. Caponi (2000) aborda a questão do sentimento de gratidão associado à enfermagem. Para a autora, existe uma estreita relação entre gratidão e o início da história da enfermagem com a figura da mulher consagrada que dedicava sua vida aos mais necessitados, aos doentes e aos aflitos. Elas eram reconhecidas como portadoras de dons divinos pelos seus atos, suas esmolas, sua assistência, o que as tornava benfeitoras. Existia, também, um estatuto social dos pobres de Deus por elas assistidos: eles deveriam estar permanentemente em dívida pelo bem recebido. Seu papel era o da eterna gratidão.

Hoje, a enfermeira deixou de possuir um caráter religioso, mas não de pensar a assistência prestada como um vínculo que supõe e reforça a submissão, como pode ser observado nas entrevistas que revelam a relação profissional-paciente. O doente é visto como aquele que precisa e necessita dos seus cuidados. Como aponta Lunardi (1993), de um lado dessa relação, está a enfermeira que cuida e, do outro, o paciente, em atitude de submissão. Vendo por esse prisma, a enfermeira sente-se benfeitora, responsável por aquele de quem cuida. Porém, ela aguarda do paciente a eterna gratidão. Quando isso não acontece, ela sofre e se sente desvalorizada pelo paciente a quem prestou cuidados, como revelaram as entrevistas realizadas com os enfermeiros docentes.

Diante desse cenário, o enfermeiro docente busca alívio das suas dores e sofrimentos através do fortalecimento da sua formação acadêmica e profissional. Observa-se aí um crescimento rápido e contínuo dos enfermeiros nos cursos de especialização, nível *strictu sensu*, com participação em congressos nacionais e internacionais e demais fóruns, com objetivo de aumentar seu capital cultural e, com isso, melhorar seu poder de disputa no campo profissional e de prestigio. À medida que ganha espaço no campo, pode conquistar também reconhecimento e a valorização da sociedade e, consequentemente, dos pacientes que estão sob seus cuidados.

A representação de dor para os enfermeiros docentes pesquisados orienta sua maneira de ensinar sobre o assunto. Como observado na presente pesquisa, o enfermeiro docente, diante do ensino da dor, evita o seu planejamento, diferente do que ocorre com outros temas, onde há maior planejamento. A maioria dos enfermeiros relatou ensinar esse assunto como ensina os demais, e disseram que não há um planejamento diferenciado, não havendo também estratégias específicas para tratar desse assunto. Foi

possível notar nas falas, nas observações no campo e na sala de aula uma espécie de fuga quando se toca na maneira como o professor aprendeu e ensina sobre a dor. Além das falas em sala de aula, foi possível notar que o assunto dor é o último a ser ensinado na aula, há pouco investimento nos slides, que se resumem a duas ou três folhas. Também não há ênfase por parte do professor para discutir o assunto, o que sempre acontecia no final da aula, exatamente no momento em que os alunos reduzem sua concentração, nas palavras dos professores.

Foi observado também que em quase todas as falas dos enfermeiros docentes existe uma atenção maior ao ensino e tratamento da dor com o uso das escalas, isso pode indicar que o enfermeiro recorre a esse instrumento, as escalas de dor, como forma de objetivação dessa queixa do paciente. Podendo a dor ser mensurada através de números confere a ela uma certa concretude que facilitaria o entendimento do enfermeiro, seu registro e tratamento. Isso mostra a formação do profissional da saúde voltada especialmente para o plano físico.

Com respeito às ferramentas de avaliação utilizadas pelo enfermeiro docente para diagnosticar a aprendizagem sobre dor, os enfermeiros comentaram sobre a dificuldade para realizar essa etapa do processo de ensino-aprendizagem, dada a subjetividade do assunto. Tanto na avaliação teórica como na prática, os enfermeiros demonstraram que têm dificuldades para avaliar os alunos. Na teoria, utilizam avaliação contínua, através de provas escritas, trabalhos em grupo, seminários e prova oral, porém revelaram que, para avaliar sobre dor, não têm uma ferramenta específica. No estágio, segundo eles, é perceptível a defasagem dos alunos com respeito à mensuração da dor como quinto sinal vital, tendo em vista os registros e informação desses dados aos enfermeiros docentes.

É possível que a dificuldade apresentada pelos enfermeiros docentes em criar ferramentas adequadas para avaliação da aprendizagem da dor esteja intimamente relacionada com as demais etapas do processo de ensino-aprendizagem, ou seja, a representação da dor como sofrimento para o enfermeiro docente afasta seu interesse em pensar novas abordagens de ensino, gerando um ciclo repetitivo, em que o enfermeiro evita o assunto que lhe causa desconforto e reproduz os mesmos métodos com os quais aprendeu sobre o assunto. Essa dificuldade parece estar sendo reforçada pela percepção da dor como algo subjetivo e, portanto, difícil de ser abordado.

Embora o enfermeiro reconheça como sua a responsabilidade da avaliação da dor, seu sofrimento pessoal o impede de buscar no processo de ensino-aprendizagem métodos adequados para abordar a dor na teoria e na prática. Com isso, futuros auxiliares e técnicos

de enfermagem permanecem recebendo a mesma formação a respeito da dor, mais restrita à linguagem das escolas.

Mudanças no cenário de formação do enfermeiro, advindas da mudança geracional e dos próprios avanços profissionais do indivíduo nessa categoria, no que diz respeito ao capital cultural alcançado, poderão trazer novos elementos para a abordagem da dor. O sofrimento do enfermeiro com a dimensão social da dor, ocasionada pela desvalorização profissional, tenderá a diminuir e, consequentemente, sua representação sobre dor poderá ganhar outras nuances. Ao mesmo tempo, as hierarquias no campo profissional, especialmente a posição hegemônica do médico, também estarão colocadas.

Por ora, o que foi visto neste estudo é que a dor, embora central para a enfermagem e para o cotidiano dos técnicos, não tem o mesmo espaço na formação discente como outros temas abordados no curso. A observação em sala de aula de como o enfermeiro aborda esses outros assuntos poderia trazer uma comparação entre as estratégias usadas para o ensino da dor e as demais utilizadas no ensino de outros assuntos, bem como possibilitar a melhor compreensão sobre o tema da dor na enfermagem.

REFERÊNCIAS

ADAM P, HERZLICH C. **Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais**. In: Adam P, Herzlich C, organizadores. **Sociologia da doença e da medicina.** Bauru: EDUSC; 2001. p. 115-38.

ADAM, P. & HERZLICH, C. **Sociologie de la maladie et de la médecine.** Paris, Nathan, 1994.

ADAMS, Nicola; FIELD, Linda – **Aspectos psicológicos e sociais.** Nº169, In: Nursing, setembro 2002, p.65.

AGUIAR, R.W; Caleffi, L. **Avaliação e tratamento psiquiátrico do paciente com dor crônica.** Revista HCPA 1999, p.03. Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

ALMEIDA DA SILVA. E. **Análise sobre a formação do professor de graduação em enfermagem.** [Tese] apresentada ao programa de pós-graduação da faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. USP 2004, p.62.

ALMEIDA DA SILVA. E. **Análise sobre a formação do professor de graduação em enfermagem.** [Tese] apresentada ao programa de pós-graduação da faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. USP 2004, p.p 62 -71

ALVES. E. J.A; CAVENAGHI, S, et al. **Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil.** Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 29, n. 2. 2017, p.237.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P (Org.). **Processos de Ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 10. ed. Joinville: UNIVILLE, 2012 p.77.

ANDRE, M. **Etnografia e o estudo da prática escolar cotidiana.** In: Etnografia da prática escolar. São Paulo: papiros 1995, p.65 -34.

ANDRÉ, M.E.D.A. **Etnografia da Prática Escolar.** Campinas, SP: Papirus, 2011, p.40.

ANGELO, M.I. **Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP Vol. 29, n.2, Ago 1995, p.67.

ARENDT, H. **a questão social.** In: Sobre a revolução. Lisboa, Moraes Editores, 1971. p. 59 – 111.

AROUCA, SÉRGIO. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. - São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p.115.

BAKHTIN, M. **Marxismo e Filosofia da linguagem** – 12ª edição, 1929, p 40. HUCITEC

PETRUCCI, V. B. C; BATISTON, R. R. **Estratégias de ensino e avaliação de aprendizagem em contabilidade.** In: PELEIAS, I. R. (Org.) **Didática do ensino da contabilidade**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BARREIRAS I.A. **Os primórdios da enfermagem moderna no Brasil.** Escola Anna Nery Revista enfermagem. 1997; 1 (n. esp): 166.

BARRETO DG, Silva KGN, Moreira SSC, Silva TS, Magno MCS. **Simulação realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em enfermagem: Revisão integrativa.** Rev. baiana enferma. 2014 maio/ago 28(2): p.p 208-14. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/ 8476/8874

BARRETO, J. H. S. **Diferenças raciais e a sua relação com a saúde.** *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 28, n. 2, p. 242-258, 2004.

BARRETO, R.G. **O âmbito da Saúde coletiva como uma arena discursiva: questões simbólicas e dialógicas nas trocas comunicacionais.** Boletim do Instituto de Saúde BIS 18- n2. Revista Educação Comunicação em Saúde 2017 p.10.

BASINELLO GAH, BAGNATO MHS. **Projeto Larga Escala: análise bibliográfica.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2009 jan-mar; 13 (1): 194-200

BERGER, P.L; LUCKMAN, N.T. **A sociedade como realidade subjetiva.** In: BERGER, P.L; LUCKMAN, N.T. **A construção social da realidade.** Vozes. Petrópolis, 1996, p. 173-35.

BONNEWITZ P. **Primeiras lições sobre a sociologia de Pierre Bourdieu**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1969. p. 53 -57.

BOURDIEU P. **A dominação masculina.** 5a ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2002.P.49-50.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas.** São Paulo (SP): Brasiliense; 2004. p.98.

BRASIL Conselho Nacional de Educação. **Câmara de Educação Superior. Resolução CES nº 4/99, de 7 out. 1999.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, Seção 1, p. 52.

BRASIL Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico.** Brasília, 2000.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Disponível em: Acesso em: 18 março de 2018.

BUDÓ MLD, NICOLINID, RESTA DG, et al. **A cultura permeando os sentimentos e as reações frente a dor.** Rev. Esc. Enferm. USP 2007; 41 (1): 36 – 79.

CALIL AM, PIMENTA CAM. **Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma.** Rev. Esc. Enferm. USP. 2005; 39 (3): 325 – 32.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica** [online]. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2000 – p.p21-15.

CARRIJO AR. **Registros de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola Nigtingaleana no Brasil (1959 – 1970).** [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007 pp 327 – 55.

CARVALHO AC. **Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico.** [tese] São Paulo. Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo: 1965, p70.

CLASTRES, Pierre. **Da tortura nas sociedades primitivas. In: CLASTRES, Pierre. A sociedade contra o Estado: Pesquisas de Antropologia Política.** São Paulo: Francisco Alves, 1974. p. 123-131.

CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim - **A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento.** *Lisboa: [s.n.]*, 2011 p. 76. Tese de Doutoramento de Enfermagem.

CERVO, A. L.; BERVIAN, PEDRO A.; DA SILVA, ROBERTO. **Metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Pearson, 2007, p.18.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Brasília-DF, 2010. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009_4384.html>. Acesso em: 15 jan. 2018.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. LEI Nº 7498/86 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional.** Disponível em: w.w.w.cofen.gov.br/lei-n7498/86-de-25dejunho1986_4161.html.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. LEI 197/1997 – **Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade ou qualificação do profissional de enfermagem.** Disponível: w.w.w.cofen.gov.br/resoluo-cofen-197/1997_4253.html

COLLIÉRE M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: sindicato dos enfermeiros portugueses; 1989, p.79.

CRUZ, D.A.L.M. **A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial.** *In:* Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone; 2001. p. 63-84

D´OLIVEIRA AFPL. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000 p.23.

DAUSTER, T. **Um saber de fronteira entre a antropologia e a educação.** 26ª reunião anual da ANPED – Poços de Caldas: outubro 2003, p.3.

DESLANDES, S.F; MINAYO.M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis RJ: Vozes 1994, p. 67 – 74.

DIAS, F. **Combater o stress e a dor sem medicamentos** - Diário de Coimbra Suplemento Saúde (6 nov. 2007), p.5-4.

DOMINGOS SOBRINHO, M. **Campo científico e interdisciplinaridade.** In: Fernandes A, Guimarães FR, Brasileiros MCE, organizadores. O fio que une as pedras: a pesquisa interdisciplinar na pós-graduação. São Paulo (SP): Biruta; 2002. p. 49-58.

DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais.** Tradução: Andrea Stahel M. da Silva. 3ª edição. São Paulo. Editora Martins Fontes 2005 p. 50.

ELKIN, M. K.; PERRY, A. G.; POTTER, P. A. **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos.** 2.ªed. Loures: Lusociência, 2005, p.100. XXI, p.1033 ISBN: 972-8383-96-7.

ENGEL, G.L**. "Psychogenic" pain and the pain – prone patient.** American Journal of medicine, 1959. New York, p. 179-221.

FALKEMBACH, E.M F. **Diário de campo: um instrumento de reflexão.** Contexto e educação. Ijuí, v. 2, n. 7, jul. /set. 1987, p. 19-24.

FARINA, M. 1990. **Psicodinâmica das cores em comunicação.** 4ª ed., São Paulo. Edgard Blücher, 112 - 190 p.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **Perfil da enfermagem no Brasil.** 2015.

FLEMIING, M. **Dor sem nome. Pensar o sofrimento.** 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2003. p.164

GALLEGUILLOS TGB; OLIVEIRA MAC. **A gênese e desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil.** Revista Escola Enfermagem USP. 2001; 35(1): 80 -7.

GAMEIRO, Manuel Henriques - **Sofrimento na doença.** Coimbra. Quarteto Ed. 1999, p.60. ISBN 972-8535-06-6.

GEERTZ, C.A. **A interpretação das culturas** – Rio de janeiro: LTC, 1973. Pp 325-70.

GUIMARÃES, A. S. A., 2002. **Classes, Raças e Democracia.** São Paulo: Editora 34.

GHIRALDELLI, JR.P. **A evolução das ideias pedagógicas no Brasil republicano.** Cad. Pesq. São Paulo. 1987; 60: 37-28.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo- Editora Perspectiva – 1987 p 25.

GOMES, V.L.O, BACKES, V.M.S, Vaz M.R.C. **Aplicação dos conceitos bourdieusianos de campo, habitus e capital, ao campo da enfermagem.** Cogitare Enferm. 2005 Jan-abr.; 10(1):81-6.

GOODE, Willian J.; HATT, Paul K. (1972) pp74-67 **Métodos em Pesquisa Social.** 4a ed. São Paulo: Nacional.

GUERCI, A; CONSIGLIERE, S. **Por uma antropologia da dor.** Nota preliminar. Departamento de Science antropologique. Universitá Degi Studi di Genova 1998. pp 72-57

GURIDI, V; CAZETTA V. **Alfabetização científica e cartográfica no ensino de ciências e geografia: polissemia do termo, processos de enculturação e suas implicações para o ensino.** Revista de Estudos Culturais – EACH USP 1ª edição 2018, p.23.

H. MERSKEY, NBO GDUK. **Classification of chronic pain. 2nd edition.** IASP PRESS, Seattle, 1994 p. 209 – 214.

HEIDEGGER, MARTIN – **Ser e tempo.** 3ª ed. Petrópolis Editora Vozes – 2008, p.35.

HELMAN CG, **Cultura, saúde e doença.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed 2003 p.78.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença.** 3ª edição. Artes médicas, porto Alegre, 1994 cap.4, pp 125-65

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 3ª edição. Artes médicas, porto Alegre, 1994 cap.4, pp 125-70

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença.** 5ª edição. Artes médicas, porto Alegre, 2009 cap.4, pp 13-30

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença.** 5ª edição. Artes médicas, porto Alegre, 2009 cap.4, p.181.

HASENBALG, C. & SILVA, N. V., 1988. **Estrutura Social, Mobilidade e Raça**. São Paulo: Vértice

HERINGER, R., 2000. **Desigualdades Raciais no Brasil. Brasília: Escritório Nacional Zumbi dos Palmares.**

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**, São Paulo (SP): EPU; 1979, p.56.

INC - Instituto Nacional do Câncer. **Normas e Recomendações do Ministério da Saúde Controle do câncer de mama.** Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso. *Rev. Brasileira de Cancerologia* 2004; 50(2):77-90

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ASPLA - **Assessoria de Planejamento e Articulação Institucional de Projetos e Pesquisas** -2013, p.23.

IRAOSSI, G. **The Power of Survey Design: A User's Guide for Managing Surveys, Interpreting Results, and Influencing Respondents.** Washington, D.C.: The World Bank, 2006, p. 60.

ITO EE; PERES AM; TAKAHASHI RT; LEITE MMS. **O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade.** Revista Escola Enfermagem USP. 2006; 40 (4): 570 -5.

JODELET, D. **La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: Psicologia Social** (S. Moscovici, org.), 1985 pp. 469-494, Barcelona: Paídos.

JUPIASSU, H. e. MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1993 p.232.

KOSAMBI, D.D. **Living prehistory in Índia.** Scientific América, v. 205, 1967 p. 105-14.

KRAMER, S. **Pesquisando infância e educação, um encontro com Walter Benjamin.** In: Kramer, S.L; M.I. (org.). Infância: fios e desafios da pesquisa. Campinas SP: Papirus. 2000. C p.2.

KUNTZE TD. **Faculdade Adventista de enfermagem: memória histórica 1968 – 1998** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – 2010. Pp 90 -80

LAPLANTINE, F. **Antropologia dos sistemas de representações da doença sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas a luz de uma experiência brasileira. In: Jodelet, D (org.). As representações sociais.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

LE BRETON, D. **A Sociologia do corpo.** 6ª edição. 2012 p.15. Editora Vozes – Rio de Janeiro.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade.** Campinas, SP: Papirus 1999.

LE BRETON, D. **Antropologia da dor** – São Paulo: UNIFESPE, 2013 p.12 -33.

LE BRETON, D. **Antropologia da dor** – São Paulo: UNIFESPE, 2013 p.110-130

LEÃO, E. R.; SILVA, M. J. P. **Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais.** Rev. Latino-am. Enferm. Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 235-241, 2004.

LEÇA, Nélio; FERNANDES, DINO; VIEIRA, IOLANDA – **Os Dispositivos de Controle da Dor e os Enfermeiros.** Revista Anestesia Regional e Terapia da Dor. [em

linha]. Nº 45 (2006) 52-63 [Consulta 13/08/ 2018]. Disponível em: http://www.anestesiaregional.com/principal.htm. ISSN 0872-5886.

LIBANEO J.C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos.** São Paulo: Loyola, 1986, p.10.

LIBANEO, J.C et al. Didática e trabalho docente: a mediação didática do professor nas aulas. **In: Concepções de ensino num mundo em mudança.** Goiânia: centro de estudos e pesquisa em didática (CEPED) PUC Goiás 2011. Cap. 5 (p.85-98)

LIMA, M.C. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica.** 2 eds. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2008, p.60.

LOPES, F. **Raça, saúde e vulnerabilidades.** *Boletim do Instituto de Saúde*, n. 31, p. 7-11, dez. 2003.

LOPES, M. J. M.e LEAL, S. M. C. **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira.** Cadernos pág. (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125.

LUCKESI, C.C. **Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições.** 18 edições São Paulo. Cortez 2006, p.180.

LUNARDI, L.V. **Relacionando enfermagem, gênero e formação disciplinar.** Revista. Bras. Enferm. Brasilia, v. 46, n. 3/4, 286-295, jul./dez. 1993

MACHADO, Maria Helena et al. **Características gerais da enfermagem: o perfil sócio-demográfico. Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 7, p. 9-14, jan. 2016. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>. Acesso em: 19 jun. 2019. doi:https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686

MALINOWSKI, B. **Os argonautas do Pacífico Ocidental.** Introdução: objeto, método e alcance da investigação, Etnologia, 1922, pp. 100-50.

MARQUEZ, J.O. **A dor e seus aspectos multidimensionais.** Ciência e cultura 2011 – vol. 63 nº 2, pp. 32 -28

MARTINS, J.S. **Uma sociologia da vida cotidiana.** São Paulo: Contexto, 2014 p. 113.
MATTAR, F. N. (1994) pp.100-94 **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento, execução e análise,** 2a. ed. São Paulo: Atlas, 2v., v.2.

MAUSS, M. **A expressão obrigatória dos sentimentos.** In: Maus, M. São Paulo: Ática 1921 [1021] p.157 - 53.

MC CAFFERY IN MARQUEZ O. J. **A dor e seus aspectos multidimensionais.** Ciência e Cultura. Vol. 63. Sã Paulo, 2011. http://dx.doi.org/102800/so00967250110002000010

MELZACK R, WALL PA. **The pshychology of pain** IN: The challenge of pain, 2 nd ed. London. Penguin – Books 1991 pp. 33-15.

MELZACK, Ronald; Wall, Patrick – **Desafio da Dor.** Tradução Nestor Rodrigues, Fundação Calouste Gulbenkian, 1987, p.30.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. **Reflexões sobre a Docência de Enfermagem em uma universidade pública.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.32, n. l, p. 80-3, abr. 2000.

METZGER, C.; SCHWETTA, M.; WALTER, C. – **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Loures: Lusociência, 2002. 281 p. ISBN 972-8383-32-0.

MINAYO, M.C de S. **Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social.** In: Minayo M. Cde Souza (org.), DESLANDES, F. N et al, Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1996, p.p 21-22.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008, pp.76-72.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** São Paulo: Hucitec,1993, p23.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Ato Portaria Nº 19/GM de 03 de janeiro de 2002. [Acesso 2018 julho]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2002.
MONTEIRO, A. M. F. C. **Professores: entre saberes e práticas.** Educação e Sociedade, ano XXII, n.74, p.121-42. abr. 2007, p.100.

MONTEIRO, G. 1999. Metalinguagem das roupas. In: T.G. CORREA; S.G. FREITAS (orgs.), **Comunicação, marketing, cultura: sentidos da administração, do trabalho e do consumo.** São Paulo, ECA/ USP/CLC, p.167-181.

MOREIRA A, OGUISSO T. **Profissionalização da enfermagem brasileira.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p76.

MOTT ML. **Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890 – 1920).** Cad. Pagú. 1999; 13: 327-55

NIETSCHE E.A. **As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. In: Saupe R. Organizadora. Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção.** Editora UFSC, 1988. p.119-61.

NIETZSCHE, **Genealogía de la Moral.** Aurora. México: EMU, 1978, p.119

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2007-2008**. Porto Alegre (RS): Ed. Artmed; 2008.

OGUISSO T, DUTRA V.O; SOUZA CAMPOS P.F. Cruz Vermelha Brasileira: **Formação em tempos de paz.** Barueri: Manole, 2009 p.429.

OGUISSO T; SOUZA CAMPOS PF; SANTIAGO ES. **Maria Rosa Sousa Pinheiro e a reconfiguração da enfermagem brasileira.** Texto contexto enf. 2009; 18(4): 643-51.

OLIVEIRA, R.C. **Jovens trabalhadores: representações sobre o trabalho na contemporaneidade.** [dissertação] apresentada ao Programa de pós-graduação da Faculdade de Ciências Sociais, Filosofia e Letras da Universidade de São Paulo – 2005.

PEREIRA, A.L.F. **As tendências pedagógicas e a pratica educativa nas ciências da saúde.** Caderno de Saúde pública. 2003 19 (5) 1527 -1534.

PERES MAA, Padilha MICS. **Uniforme como signo de identidade da enfermeira.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(1) Jan-Mar 2014 p.p 120-112.

PETRUCCI, V. B. C.; BATISTON, R. R. **Estratégias de ensino e avaliação de aprendizagem em contabilidade.** In: PELEIAS, I. R. (Org.) **Didática do ensino da contabilidade**. São Paulo: Saraiva, 2006.

PERRY, S. W. J. & HEIDRICH, G. **Placebo response: wyth and matter.** Amer. J, Nurse New York, 81(4). Apr. 1981, p.p705 -6.

PHIPPS, Wilma J. (et al) – **Enfermagem médico – cirúrgica**. 2ª edição, Vol. I, Tomo I, Lusodidacta, Lisboa, 1995, p.117-200.

PIERANTONI, C. R. **Recursos humanos e gerência do SUS.** In: NEGRI, Barjas. VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. p. 609-630.

PIMENTA CAM, PORTINOI, AG. **Dor e cultura** in: CARVALHO MM. Dor um estudo multidisciplinar. São Paulo, 1999 p. 159 – 173.

PIMENTA, C. A. de Mattos. **Controle da Dor no Domicílio.** Manual de Enfermagem www.ids-saude.org.br/enfermagem [em linha]. (2000, p. 104). 168-184 [Consulta. 18 jul. 2018] http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle_da_Dor_no_Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2.

PINHEIRO MRS. **Aplicação do novo currículo mínimo ao curso de graduação da escola de Enfermagem da USP.** Revista Brasileira de Enfermagem.1973; 26 (4/5): 293-307.

PINHEIRO, J. P. **Medicina de Reabilitação e Traumatologia do Desporto**. Lisboa: Editorial Caminho, 1998. p.p. 195-76. IBSN 972-21-1169-8

PORTO F, AMORIM W. **História da Enfermagem Brasileira: lutas, ritos e emblemas.** (org.). Rio de Janeiro: Águia dourada, 2007, p.76.

PORTO; AMORIM. W. Organizadores. **História da enfermagem brasileira: lutas, ritos e emblemas.** Rio de Janeiro. Águia Dourada, 2007. Pp497-493.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. - **Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos.** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006. XXVIII, p.1106-239 ISBN: 972-8930-24-0.

RAFAEL K.A. **Desenvolvimento e validação de um modelo de escala psicofísica de razão capaz de mensurar o gradiente de generalização da dor relacionada ao movimento em indivíduos com queixa de dor musculoesquelética crônica.** [Dissertação] Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo (USP) 2017, p.36.

RAMOS M.N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 3ª edição. São Paulo. Cortez, 2000. p.50.

REIS, C.B, Andrade SMO. **Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2008 Jan-fev.; 13(1):61-70. Revista da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor Volume 10 – nº4 outubro a dezembro 2009 Publicação Trimestral

RIZZOTTO M.L.F. **A origem da enfermagem profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais. 2006, pp.15-2 IN: Saviani, Lombardi J.C, Nascimento MIM. Organizadores: navegando na história da educação brasileira.** Grupo de estudos e pesquisas história, sociedade e educação no Brasil [periódicos na internet]. 2017. Disponível <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo_077.html>

ROHDEN, F. **Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 89, jan. 2009. ISSN 1806-9584. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2009000100006/10985>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SANTIAGO E.S. **Tradição e modernidade: dexanexação da Escola de Enfermagem na Universidade de São Paulo** [dissertação] Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011, p103.

SANTOS I, SOUZA AA. **Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de Saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção.** Saúde. Debate 1989 mar; 24: 61- 4.

SARGENT, C. **Between death and shame: dimensions of pain in Bariba culture social.** Science in medicine, v.19, n12; 1984 pp 1299 – 304.

SARTI, C.A. **A dor, o indivíduo e a cultura.** Saúde e sociedade 10(1), 2001 pp 13-3.

SARTI, C.A. **A dor, o indivíduo e a cultura.** Saúde e sociedade 10(1), 2009 pp 32-3.

SARTI, C.A. **A família como ordem simbólica.** Psicologia USP, 15 (3), 2004 pp11-28.

SAUSSURE, F. **Curso de Linguística geral** – 1926. p.29

SAVIANI D. **História das ideias pedagógicas no Brasil. 3ª edição.** Campinas, 2010. Coleção memória da educação. Campinas, 2010 p.60.

SILVA T.T. **Documento de identidade: uma introdução às teorias de currículo.** 2ªedição. Belo Horizonte: autentica; 2005, p115-35.

SILVA, J.I. da. **Apontamentos sobre educação e a pedagogia Tecnicista no Brasil.** [Impresso] Pontifícia Universidade católica, 1981 p.16-48.

SMELTZER SC, BARE BG. Brunner & Suddarth - **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Vol. 1. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). **Hospital sem dor, diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital.** 2006 [acesso 2018 jul.]. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp.

SOUZA, F. A. E. F. **Dor: o quinto sinal vital.** Rev. Latino-am. Enferm. Ribeirão Preto, v. 10, n.3, p. 446-447, 2002.

SOUZA, M.I.S. de. **Os empresários e a educação: o IPES e a política educacional após 1964.** Petropolis: Vozes – 1981 p.48.

STERINBACH, R.A & TURSKY, B. **Ethnic diferences among housewives in psychophisical and skin potential responses to eletrical and skin potential responses to eletric shock psychophysiology.** v.1, n3 1965 p 241-6.

STRAUSS, L. **A eficácia simbólica**. Revista História das religiões. 1949.

SUCHODOLSKI, Bogdan. **A pedagogia e as grandes correntes filosóficas: A pedagogia da essência e pedagogia da existência.** São Paulo: Centauro, 2002.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional.** 2011, p. 107 12ª edição. Petrópolis R.J. CAPONI, S. **A lógica da compaixão. In: Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica [online].** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 15-46.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p.11.

TEIXEIRA, M.J; SHIBATA, M; PIMENTA CAM; CORREA, C. **Dor no Brasil: estado atual e perspectivas.** Lima, São Paulo, 1996 196p.

THIRY-CHERQUES HR. Bourdieu P. **A teoria na prática.** RAP. 2006 Jan-fev.; 40(1):27-55.

TOLOSA AP, CANELAS HM. ***Propedêutica neurológica***, p.248. Sarvier. 1971.

TWYCROSS, Robert - **Cuidados paliativos.** 2ª edição, Climepsi Editores, Lisboa, 2003, p.30.

VASCONCELOS, MARCIO MOACYR – **Tratamento da Dor** – Incrivelmente Fácil - Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006, p.130.

VELHO, G. **Observando o familiar.** In: Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Edição 2004 [1987], p. 121-131.

VIGOTISKY, L.S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** Tradução José Cipolla Neto et al. 6edição. São Paulo: Martins Fontes, 1998 – p.191.

WARFIELD, CA; BAJWA, ZH. **Principles of pain medicine second edition, the MC GRAW –** Hill, 2004, p. 130.

WATT-WATSON, J. H. – **Dor e controle da Dor.** In PHIPPS, W. J.; SANDS; J. K.; MAREK, J. F. - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 6ª ed. em inglês. Loures: Lusociência, 2003. Vol. I. 2003, p.363-390. IBSN 972-8383-65-7.

ZBOROWSKI, M. **Cultural componentes in responses to pain.** Jornal of social issues, v. 8, p. 16-30, 1969.

ZBOROWSKI, M. in LE BRETON, D. **Antropologia da Dor.** São Paulo: UNIFESPE, 2013 p.130.

ZEMKE, R.O.; Respeito às Gerações. In: MARIANO, S. R. H.: MAYER, V. F. (Org.). **Modernas Práticas na Gestão de Pessoas.** Rio de Janeiro: Elsevier, p. 51-55, 2008.

ANEXOS

Anexo1 – Roteiro da entrevista

1. Idade
2. Em relação à sua cor de pele, como você se considera?
3. Em que cidade você nasceu? Por quanto tempo viveu nessa cidade?
4. Você tem religião? Se sim, você frequenta essa religião? Frequenta outras? Qual? Qual é a importância da religião para você? (Caso a pessoa frequente e/ou tenha alguma religião)
5. Qual é o seu estado civil? Você mora com alguém? Tem filhos? Qual é a idade dos filhos?
6.Você cursou pós-graduação? Qual?
7.Você atua na área assistencial? Em qual setor? Há quanto tempo?
8. Por que você escolheu a enfermagem como profissão? Do que mais gosta nessa atuação e do que menos gosta?
9. E no ensino de enfermagem, há quanto tempo exerce a função de professor de enfermagem? Por que decidiu dedicar-se à docência?
10. Agora, vamos falar sobre dor: como você definiria dor? O que é dor para você? Como você lida com a dor? (A sua, de familiares e de pacientes)
11. Na sua formação acadêmica, você se recorda de como esse assunto da dor foi abordado pelos seus professores?
12. Na sua opinião, existem mais semelhanças ou diferenças entre o ensino teórico da dor e sua prática no ambiente hospitalar? Existe relação entre a teoria que é ensinada e a prática assistencial? Por que?
13. Você poderia relatar alguma situação ou experiência vivida sobre dor com pacientes atendidos por você? Como lidou com a dor nesse momento? O que fez?
14. O que você pensa sobre o efeito placebo? Já presenciou a sua utilização em pacientes? Como foi?
15. Na sua opinião, o profissional da saúde lida melhor ou pior com a dor do que os outros profissionais? Por quê? O enfermeiro lida melhor com a dor? Por quê?
16. O fato de ser enfermeira modificou sua visão sobre dor? Se sim, em quais aspectos?

17. Na sua opinião, e de um modo geral, o que você acha importante ser feito para lidar com a dor? E para ensinar sobre dor?

18. Qual(is) estratégia(s) de ensino você utiliza para abordar o assunto dor? Como o assunto é abordado com os alunos? Como é ensinar sobre dor?

19. Na sua opinião, e de um modo geral, o que você acha importante ser feito para lidar com a dor? E para ensinar sobre dor?

20. Qual(is) estratégia(s) de ensino você utiliza para abordar o assunto dor? Como o assunto é abordado como os alunos? Como é ensinar sobre dor?

21. No ensino sobre dor, como você percebe que o aluno chega ao curso, ou seja, que visão eles trazem sobre o assunto?

22. Depois das aulas sobre dor, como eles saem? Qual visão você percebe que eles têm a respeito da dor depois do curso?

23. Como você costuma avaliar o aprendizado do seu aluno?

24. Em que momentos do estágio prático no hospital você percebe que o aluno aprendeu sobre dor? Há mudança na visão dele sobre dor?

25. Há mais alguma coisa que você gostaria de comentar?

Centro Paula Souza
GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO

Etec Parque da Juventude – São Paulo

DECLARAÇÃO

Autorizo que seja realizada entrevista, filmada e gravada com os enfermeiros docentes desta instituição observação participativa da pesquisadora CLARA ZATYRKO e sua orientadora DRA. RÉGIA CRISTINA DE OLIVEIRA, como parte de seu Projeto de Pesquisa de mestrado em Estudos Culturais da Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Cuja o tema do projeto está intitulado como "A dor no cotidiano do enfermeiro docente"

São Paulo, 31 de julho de 2018.

Valéria Marques Delgado
RG 15.812.836-9
Coordenadora do Curso
Técnico em Enfermagem

www.etecparquedajuventude.com.br
Avenida Cruzeiro do Sul, 2630 – Prédio I - Santana - SP – CEP 02030 – 02030-100

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: A DOR NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO DOCENTE

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar o assunto é que a dor é uma das principais queixas dos indivíduos nos sistemas de saúde do Brasil, devendo, portanto, ser investigada a sua representação para o enfermeiro docente, bem como as estratégias que ele utiliza para o ensino desse assunto no curso de formação a nível médio. A pesquisa se justifica pela sua relevância na saúde pública e pela escassez de artigos científicos sobre o tema. O objetivo desse projeto é analisar no discurso do enfermeiro docente a representação sobre a dor e as estratégias utilizadas para ensinar esse assunto. O procedimento de coleta de dados será através de uma entrevista individual agendada antecipadamente com os enfermeiros docentes que concordarem em participar do estudo. A entrevista será gravada para facilitar a análise do discurso.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: A participação na pesquisa envolve risco mínimo, relacionado à exposição da fala do enfermeiro docente durante a entrevista. Para tanto, a pesquisadora compromete-se a realizar a entrevista em ambiente privado. Não será oferecido nenhum benefício aos participantes da pesquisa, é uma ação voluntária voltada ao desenvolvimento científico.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados serão enviados a você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Culturais da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP) e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional.

Eu, _____, fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora, orientadora Regia Cristina Oliveira e a pesquisadora Clara Felício Barreto Zatyrko certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a estudante Clara Felício Barreto Zatyrko ou a orientadora dra Regia Cristina Oliveira no telefone (11) 976231841 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH), avenida Arlindo Bettio, 1000, prédio 1, sala T 14. Vila Guaraciaba – São Paulo. Telefone (11) 3091-1046.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

USP - ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A DOR NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO
Pesquisador: Clara Felício Barreto Zatyrko
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 92684618.1.0000.5390
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.823.856

Apresentação do Projeto:
Partindo da premissa que o enfermeiro é o profissional responsável por receber a queixa de dor do paciente, avaliar, comunicar o médico, administrar o medicamento e manter a dor do paciente em condições suportáveis, torna-se imprescindível conhecer o que pensa esse profissional sobre o significado da experiência de dor.Trata-se de pesquisa qualitativa que será desenvolvida em uma Escola Técnica de São Paulo (ETEC), tendo como participantes, docentes do curso técnico de enfermagem. A coleta de dados será por meio de entrevista semiestruturada com cinco professores do curso técnico de enfermagem que aceitarem participar da pesquisa. As técnicas de pesquisa utilizadas serão: entrevistas, observação e diário de campo.
Roteiro de entrevistas
1. No ensino sobre dor, como você percebe que o aluno chega no curso, ou seja, que visão eles trazem sobre o assunto?
2. Depois das aulas sobre dor, como eles saem? Qual visão você percebe que eles têm a respeito da dor, depois do curso?
3. Como você costuma avaliar o aprendizado do seu aluno?
4. Em que momentos do estágio prático no hospital, você percebe que o aluno aprendeu sobre dor? Há mudança na sua visão dele sobre dor?
Não descreve como será realizada a análise dos discursos.

Endereço: Av. Arlindo Béttio, nº 1000
Bairro: Ermelino Matarazzo **CEP:** 03.828-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-1046 **E-mail:** cep-each@usp.br

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Identificar no discurso dos enfermeiros docentes, de nível médio, sua representação sobre dor e as estratégias de ensino utilizadas para abordagem do assunto dor, no ensino teórico e prático da assistência em enfermagem.

Objetivos Específicos

- Apreender as representações de dor desenvolvidas pelos enfermeiros docentes de nível médio;
- Descrever as estratégias de ensino utilizadas pelos enfermeiros docentes, de nível médio, na abordagem teórica e prática do ensino da dor;
- Relacionar a representação de dor dos enfermeiros docentes de nível médio com a estratégia de ensino utilizada para abordagem desse tema.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora relata que o risco é mínimo.

No entanto, salientou que os participantes não terão benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área de enfermagem tanto relacionada ao ensino quanto à pesquisa e à assistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão de acordo com a Resolução 466/2012 referente à Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e estão inseridos na Plataforma Brasil.

Recomendações:

- Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa aprovado, pois está conforme solicitação da Resolução 466/2012 referente à Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

USP - ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.823.856

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_758877.pdf	04/07/2018 19:06:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.pdf	04/07/2018 19:05:44	Clara Felício Barreto Zatyrko	Aceito
Brochura Pesquisa	CLARAPROJ.pdf	04/07/2018 19:00:47	Clara Felício Barreto Zatyrko	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECLARA.pdf	04/07/2018 18:50:42	Clara Felício Barreto Zatyrko	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOCLARA.pdf	04/07/2018 18:47:26	Clara Felício Barreto Zatyrko	Aceito
Outros	CARTA.pdf	04/07/2018 18:37:53	Clara Felício Barreto Zatyrko	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 15 de Agosto de 2018

Assinado por:
Rosa Yuka Sato Chubaci
(Coordenador)

Endereço: Av. Arlindo Bettio, nº 1000
Bairro: Ermelino Matarazzo **CEP:** 03.828-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-1046 **E-mail:** cep-each@usp.br