UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GISELE COSCRATO

Pesquisa-ação em Educação para a Saúde, cuidado e
humanização no cotidiano profissional de enfermeiros

Ribeirão Preto

2010

GISELE COSCRATO

Pesquisa-ação em Educação para a Saúde, cuidado e
humanização no cotidiano profissional de enfermeiros

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título Mestre em Ciências,
Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Educação para a saúde e
formação de recursos humanos

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno

Ribeirão Preto

2010

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.

Catálogo na Publicação
Serviço de Documentação
Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

COSCRATO, Gisele.

Pesquisa-ação em Educação para a Saúde, cuidado e humanização no cotidiano profissional de enfermeiros./ Gisele Coscrato; orientadora: Sonia Maria Villela Bueno. – Ribeirão Preto, 2010.
144 f.

Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Ciências. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.

1. Enfermagem. 2. Pesquisa-ação. 3. Humanização. 4. Educação para a Saúde. 5. Cuidado

COSCRATO, GISELE.

Pesquisa-ação em Educação para a Saúde, cuidado e humanização no cotidiano profissional de enfermeiros.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em ...../ ...../ .....

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Agradecimentos

A **Deus**, por tornar possíveis todos os meus sonhos.

Aos **meus pais**, Roberto e Fátima, **e aos meus irmãos**, Roberson e Maísa, pelo apoio e carinho incondicionais, sem os quais, eu não teria a possibilidade de acreditar. Obrigada!

Ao **Elídio**, pelo amor e por me conduzir sempre amparada, nesta nossa caminhada diária. Você faz parte dos meus sonhos.

À **Soninha**, minha orientadora, por ser uma pessoa exemplar na ética, na competência e na honestidade, meu eterno agradecimento por me receber de braços abertos e pelo grande incentivo.

Às **amigas**, Érica, Dani e Fer, e também à Cris e à Naiara (ambas de Ribeirão Preto) pelo carinho, auxílio e paciência quando precisei.

Aos **queridos enfermeiros** de Guaíra, que mais do que colegas, demonstraram o verdadeiro valor da amizade, e puderam tornar possível mais esse sonho.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Guaíra**, o meu sincero agradecimento.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP**, por me acolher desde o período do curso superior em Enfermagem

A todos que me proporcionaram, em igual nível, a possibilidade real dessa etapa da minha vida.

Epígrafe

“Sonhar não é apenas um ato político necessário, mas também uma conotação da forma histórico-social de estar sendo de mulheres e homens. Faz parte da natureza humana que, dentro da história, se acha em permanente processo de tornar-se... Não há mudança sem sonho como não há sonho sem esperança... A compreensão da história como *possibilidade* e não *determinismo*... seria ininteligível sem o *sonho*, assim como a concepção *determinista* se sente incompatível com ele e, por isso, o nega.”

(Paulo Freire, *Pedagogia da Esperança*, 1992, p. 91-2)

“O sonho pela humanização, cuja concretização é sempre um processo, e sempre devir, passa pela ruptura das amarras reais, concretas, de ordem econômica, política, social, ideológica etc., que nos estão condenando à desumanização. O *sonho* é assim uma exigência ou uma condição que se vem fazendo permanente na história que fazemos e que nos faz e re-faz.”

(Paulo Freire, *Pedagogia da Esperança*, 1992, p. 99)

RESUMO

Coscrato G. Pesquisa-ação em Educação para a Saúde, cuidado e humanização no cotidiano profissional de enfermeiros [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010. 144 f.

Este estudo objetiva investigar enfermeiros assistenciais, acerca da concepção deles sobre os temas Educação para a Saúde, cuidado e humanização, procurando instrumentalizar esses enfermeiros sobre como esses eixos temáticos podem estar implicados na postura e na prática profissional em saúde, concernente aos ideais e princípios do SUS. A pesquisa caracterizou-se como natureza qualitativa, apropriando-se de um estudo descritivo-exploratório, mediatizado pela metodologia da pesquisa-ação. Em relação às técnicas deste estudo, trabalhamos a observação participante, tendo como instrumento para registro e anotação dos dados, o diário de campo; e utilizamos, ainda, a entrevista individual, para identificação dos participantes e com questões norteadoras sobre as temáticas centrais, sendo disponibilizado o questionário que serviu como instrumento para a coleta das respostas. A análise e interpretação dos dados foi feita por categorização, baseada em fundamentação teórico-metodológica de Paulo Freire e adaptada por Bueno (2001), buscando, após, o desenvolvimento de ação conscientizadora e avaliação do processo educativo. Percebemos que os temas Educação para a Saúde, cuidado e humanização, norteados pelo universo conceitual freireano, não deixam de permear, sobremaneira, o respeito, a solidariedade, a ética e a cidadania, concernentes ao que o SUS pretende operacionalizar. Assim, as temáticas investigadas convergem para a necessidade de se revisar a postura educativa/profissional do enfermeiro e de seus valores para o cuidado e a humanização, visando a melhoria dos serviços, bem como a melhoria da saúde e da qualidade de vida, individual e coletivamente.

Descritores: Enfermagem, Pesquisa-ação, Humanização, Educação para a Saúde, Cuidado.

ABSTRACT

Coscrato G. Research-action in Education for Health, care and humanization in the daily professional nursing [dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010. 144 f.

This study investigates nurses, about their view on the themes Education Health, care and humanization, trying to instrumentalize these nurses on how these themes may be involved in posture and practice in health, concerning the ideals and principles of SUS. The survey characterized as qualitative, appropriating a descriptive exploratory study, mediated by the research-action methodology. Regarding the techniques in this study, we employed participant observation, taking as a tool for recording and annotation of data, field journal, and, we also used individual interviews to identify the participants and questions directed to the central themes, and provided in the questionnaire that served as a tool to collect the responses. The analysis and interpretation of data was performed according to categories, based on theoretical and methodological Paulo Freire and adapted by Bueno (2001), looking after the development of critical consciousness and action evaluation of the educational process. We realize that the themes Education Health, care and humanization, guided by the conceptual universe Freire, nevertheless permeate, above all, respect, solidarity, citizenship and ethics, related to the SUS intends to operate. Thus, the issue investigated converge to the need to revise the stance educational/vocational nurses and their values for the care and humanization, aimed at improving services and improving health and quality of life, individually and collectively.

Descriptors: Nursing, Research-action, Humanization, Education for Health, Care.

RESUMEN

Coscrato G. Pesquisa-ação em Educação para la Salud, atención y la humanización em el diário profesional de enfermería [disertación].Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.144f.

Este estudio investiga las enfermeras, sobre su opinión sobre los temas Educación para la Salud, la atención y la humanización, buscando instrumentalizar estas enfermeras sobre cómo estos temas pueden estar implicados en la postura y la práctica de la salud, a los ideales y principios de SUS. La encuesta caracterizado como cualitativos, apropiándose de un estudio exploratorio descriptivo, mediada por la metodología de la pesquisa-ação. En cuanto a las técnicas de este estudio, hemos empleado la observación participante, teniendo como herramienta para el registro y la anotación de los datos, diario de campo, y, también se utilizaron entrevistas individuales para identificar a los participantes y las preguntas dirigidas a los temas centrales, y previstas en el cuestionario que sirvió como una herramienta para recoger las respuestas. El análisis e interpretación de datos se realizó de acuerdo a las categorías, sobre la base teórica y metodológica de Paulo Freire y adaptado por Bueno (2001), cuidar el desarrollo de la conciencia crítica y de acción de evaluación del proceso educativo. Nos damos cuenta de que los temas Educación para la Salud, la atención y humanización, guiados por el Freire universo conceptual, sin embargo, filtrado, sobre todo, respeto, solidaridad, ciudadanía y ética, em relación con el SUS pretende operar. Por lo tanto, la cuestión investigada convergen para la necesidad de revisar la orientación educativa y enfermeras profesionales y sus valores para el cuidado y la humanización, destinadas a mejorar los servicios y mejorar la salud y calidad de vida, individual y colectivamente.

Descriptor: Enfermería, Pesquisa-ação, Humanización, Educación para la Salud, Atención.

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro A - Representação dos dados de identificação dos enfermeiros pesquisados segundo sexo, idade, estado civil, tempo de formação, tempo de atuação profissional e religião?.....	78
Quadro 1a – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1a: O que significa para você a Educação para a Saúde?.....	82
Quadro 1b – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1b: Que postura educativa deve ter o enfermeiro no processo de Educação para a Saúde?.....	86
Quadro 1c – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1c: Como foi a sua formação profissional com relação à liderança: inflexível/imponente, democrática/dialógica, conivente/submissa?.....	88
Quadro 1d – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1d: Você acha que se insere em qual postura profissional?.....	90
Quadro 1e – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1e: Você acha que a Educação para a Saúde pode ser realizada com outros profissionais em uma equipe de saúde? Dê exemplos.....	91
Quadro 2a – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 2a: O que é o cuidado de enfermagem?.....	95
Quadro 2b – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 2b: Em quais momentos você acha que o cuidado prestado é humanizado?.....	99
Quadro 2c – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 2c: Em quais aspectos, além dos de competência profissional, você acha que o cuidado de enfermagem difere do de outros profissionais? Por quê?.....	103
Quadro 2d – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 2d: A partir de sua prática profissional, você percebe a humanização sendo praticada com mais evidência em quais áreas – unidade de saúde da família, hospital, pronto socorro, etc?.....	105
Quadro 3a - Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3a: O que significa humanização para você?.....	107
Quadro 3b – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3b: Você se lembra se houve disciplinas ou discussões sobre humanização em sua formação profissional?.....	111
Quadro 3c – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3c: Você humaniza seu serviço? Dê exemplos disso.....	113
Quadro 3d – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre	116

a questão 3d: Cite alguns aspectos (estruturais, culturais, de formação profissional, políticos, etc) que, na sua opinião, prejudicam ou atravancam a humanização em saúde.....

Quadro 3e – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3e: Qual(is) aspecto(s) você acha que são essenciais na humanização em saúde?..... 121

Quadro 3f – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3f: E em geral, você percebe em seu serviço a humanização?..... 124

Quadro 4 – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 4: Fale um pouco sobre o seu cotidiano com enfermeiro(a)..... 126

LISTA DE SIGLAS

Atenção Primária à Saúde	APS
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Ministério da Saúde	MS
Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção	PNH
Organização Mundial de Saúde	OMS
Sistema Único de Saúde	SUS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. OBJETIVOS.....	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1 CONTEXTUALIZANDO A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	23
3.2 BUSCANDO A COMPREENSÃO DOS ASPECTOS POLÍTICOS DO SUS.....	34
3.3 REFLETINDO SOBRE O CUIDADO NA ENFERMAGEM.....	39
3.4 ANALISANDO A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	49
3.5 COMPREENDENDO A HUMANIZAÇÃO E O OLHAR CRÍTICO-SOCIAL FREIREANO.....	58
3.6 TRABALHANDO A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, O CUIDADO E A HUMANIZAÇÃO NA ENFERMAGEM.....	62
4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	64
4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA EM FOCO.....	68
4.1.1 TIPO DE PESQUISA.....	68
4.1.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	69
4.2.3 LOCAIS DA PESQUISA.....	70
4.2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	70
4.2.4 ANÁLISE DOS DADOS E INTERVENÇÕES.....	72
4.2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	74
4.2.6 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	74

5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	76
5.1	SOBRE O MUNICÍPIO.....	77
5.2	SOBRE A REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	77
5.3	SOBRE OS PARTICIPANTES.....	78
5.4	SOBRE A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E OS TEMAS GERADORES.....	79
5.5	EIXO TEMÁTICO 1: EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	82
5.6	EIXO TEMÁTICO 2: CUIDADO.....	95
5.7	EIXO TEMÁTICO 3: HUMANIZAÇÃO.....	107
5.8	DISCUSSÕES SEGUNDO O UNIVERSO CONCEITUAL FREIREANO.....	127
6.	AÇÕES E INTERVENÇÕES EDUCATIVAS.....	129
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
8.	REFERÊNCIAS.....	133
9.	APÊNDICES E ANEXO.....	142

Apresentação

Enquanto enfermeira, nutrimos verdadeiros apreço e sentimentos vocacionados pela profissão.

Durante a trajetória de nossa graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, inserimo-nos em um projeto de extensão universitária, no qual basicamente, trabalhamos com mães e pais de bebês internados em unidades neonatais em um hospital-escola de Ribeirão Preto. Na ocasião, usamos atividades lúdicas em dinâmicas de grupo, além de compartilhar com profissionais especializados na área, para orientações sobre assuntos específicos, procurando assim, contribuir para as questões mais amplas que envolvem a humanização.

Já no mercado de trabalho, no ano de 2007, em um setor de clínica médica em um hospital filantrópico de um município do interior paulista, procuramos, juntamente com a gerente de enfermagem desse hospital, tentar colocar em prática os chamados cuidados integrais, como forma mais humanizada de se prestar o cuidado.

Isto viria a ser confirmado pelo conselho regional da classe destacando a importância da prestação da assistência/cuidado, de forma integral e humanizada.

Verificamos que: os processos de vinculação afetivos com os pacientes eram maiores; a busca pelo trabalho unido da enfermagem era necessário; a supervisão por parte dos enfermeiros era mais delimitada e com maior controle das situações e decisões de enfermagem; além do estímulo à autonomia e ao raciocínio clínico dos funcionários, sendo necessária a educação continuada de todos da enfermagem, buscando o aprimoramento profissional.

A tentativa de colocar em prática essa assistência nos proporcionou, mesmo que de maneira intuitiva e sem muitos conhecimentos técnicos, uma visão mais integralizada dos pacientes, inclusive das emoções e sentimentos deles em uma situação de internação hospitalar. O que, de alguma forma nos colocaram, como sensações confortáveis enquanto enfermeira.

Em 2008 após aprovada em concurso de nossa cidade, no interior paulista, começamos a trabalhar em uma Unidade de Saúde da Família. O Secretário de Saúde nessa época nos estimulou profissionalmente, à prática holística,

incentivando também, a seguir o caminho da pós-graduação, do qual nós já esmiuçávamos alguns traços acerca do projeto a ser desenvolvido nesse nível.

Nesta época, a vocação pelo ensino e pela pesquisa nos afloraram fortemente. E já estávamos frequentando um curso de especialização em docência à saúde, o que nos propiciou o crescimento intelectual sobre os aspectos didático-pedagógicos, tão necessários ao desenvolvimento da função educativa do enfermeiro, tanto na área de ensino, pesquisa e na assistência/extensão.

O que contamos desta experiência, é que, a promoção da saúde, a assistência voltada à família e aos contextos que a circundam, a participação cada vez mais popular e a introdução dos profissionais acerca do tema saúde, tanto em termos de direcionamento dos saberes quanto da reformulação das práticas profissionais, começa a caminhar no município. Esse processo vem gradualmente, fazendo parte do cotidiano e das discussões dos diversos personagens que fazem a história e a construção do sistema de saúde, a saber: os gestores, os usuários e os profissionais da área. Quer seja, de maneira proposta pelas políticas públicas, quer seja, com aspecto predominantemente, biologicista e curativo, os caminhos por que todos passamos, como usuários ou profissionais de saúde, nos fazem despertar para a consciência do que queremos, dia-a-dia, para nossa saúde e para nossa dignidade, enquanto gozo de nossa cidadania.

Ainda amadurecendo o projeto de pesquisa, cabe dizer que, as questões humanas, mais do que as questões técnicas (apesar de as últimas, no trabalho, também serem prazerosas e necessárias), permeavam nossos pensamentos e impulsionavam nossa atuação enquanto profissional de saúde. Sem conhecer de antemão as linhas de pesquisa para inserir a nossa pressuposta investigação, fomos procurar algum pesquisador que tivesse proximidade e identificações com a nossa temática. Devido à amorosidade sentida nos anos de graduação e cumplicidade com a educação, identificamo-nos com uma professora e que, depois, veio a ser nossa orientadora. Exemplo de profissional e pessoa, ética e competente, percebemos que as linhas de pesquisa dela iam exatamente de encontro ao que desejávamos para a presente investigação.

Em menos de um ano, após o início do trabalho na Unidade de Saúde da Família, já no curso de pós-graduação *Strictu sensu*, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, e devido a necessidade de disponibilidade de horário para cursar as disciplinas, fomos trabalhar no pronto atendimento do município. Lá,

encontramos mais do que colegas de trabalho, um clima particularmente familiar, e mais uma vez, encontramos apoio para a concretização do programa de pós-graduação anteriormente mencionado.

Vale destacar que este serviço demonstra a ponta do iceberg do nosso sistema de saúde, pois algumas coisas ficam evidentes: o descaso de alguns setores sociais; a falta de funcionários e de investimentos em educação continuada; o estresse profissional; a falta de conscientização/conhecimento da população com relação ao uso dos serviços de saúde (e sobre o que é saúde, assistência, direitos e deveres, etc); o lidar com os doentes mentais e dependentes químicos; a sobrecarga de atendimentos, muitas vezes ambulatoriais, que não foram supridos devido a grande demanda nos serviços de atenção primária e secundária; a opressão e o ser oprimido nas relações entre os profissionais e para com os pacientes; e tantos outros aspectos que estamos inseridos, que esquecemos, todos nós (gestores, usuários e profissionais) que estamos lidando com a nossa existência enquanto cidadãos e com o nosso semelhante.

Sentimos que a missão mais marcante, dentre tantas atribuídas ao dia-a-dia da enfermagem, é o cuidado. E então, perguntamos: o que seria esse cuidado? O cuidado com o outro semelhante, o estender a mão, o ouvir, a afetividade? A doação de si...

Daí, continuamos a indagar: qual será a melhor maneira de prestar o cuidado? Considerar que somos e que, ao mesmo tempo, estamos lidando com seres humanos, talvez seja um caminho... E como compreender a natureza humana, em toda a sua complexidade e plenitude? E assim, exercer a enfermagem de forma humanizada? Associar o entendimento do que é saúde, do que é humano, talvez seja um modo de encontrar a essência do que seja o verdadeiro sentido da enfermagem.

Praticar enquanto enfermeira, o cuidado humanizado, não deixa, deveras, de significar Educação para a Saúde. Seja ou por meio de palavras, de ensinamentos, para os pacientes, entre a equipe, ou até mesmo por meio de nossa postura enquanto profissionais, de nossos exemplos, do nosso caminhar diário da profissão; estamos, a todo momento, realizando a Educação para a Saúde. Nós, enfermeiros, tão próximos dos pacientes, da equipe e da área administrativa, entre os outros não menos importantes profissionais de saúde, desempenhamos papel marcante diante do que o nosso sistema de saúde propõe.

A filosofia do SUS respeita a saúde inserida no contexto dos direitos humanos, no direito conquistado pelos brasileiros, de forma democrática, da cidadania em sua plenitude. E nós, enfermeiros, devemos fazer parte da história, das lutas e das conquistas, na construção de um sistema de saúde pleno em seus princípios.

O que acontece em nossas práticas que se distanciam tanto do que parece ter sido idealmente delineado nos saberes que nos foram transmitidos e nas políticas públicas instituídas? Será que é contemplado em nossa formação tudo o que realmente devemos apreender, com relação à humanização? Nós, enfermeiros, assim como os outros profissionais da área da saúde, muito mais do que saber sobre, aprendemos a sentir o que significa multi/trans e interdisciplinaridade? Talvez, esse assunto necessite de mais estudos... Como enxergamos para quem deve ser o resultado de nosso trabalho, ou mais importante ainda, como enxergamos o objeto dele? Será que é a saúde, ou a doença, ou o ser humano com suas diversidades?

Ou será que algo se perde nos processos de trabalho, resultando perfis profissionais acríticos, desmotivados, autoritários, enfim, desumanizados? Estamos sendo seres humanos, e assim correspondendo aos pressupostos de Paulo Freire? Será que provocamos a criatividade, a esperança, a busca pelo conhecimento através da troca de experiências entre todos que poderiam participar da construção de uma educação e de uma saúde melhor?

Tantos questionamentos... E assim, propomos culminar tantas reticências e dúvidas com a presente dissertação. Na nossa inquietação, insistimos, em contribuir, ainda que de forma tímida, para a construção de um mundo melhor de se viver. Não só procuramos soluções, mas ensinar, aprender e trocar de maneira horizontalizada e democrática, referenciando-nos no universo conceitual progressista e tão atual do grande pensador da educação popular, Paulo Freire. E, juntamente com nossas colegas enfermeiros, procuramos problematizar as trajetórias que perpassam a historicidade, os diversos contextos culturais e sociais constituintes dos emblemas deste estudo.

Para isso, pretendemos, pois, sustentar a presente pesquisa nos pressupostos freireanos: de humanização; na dinamicidade com que os fatos ocorrem; da construção da história, também com os olhares humanos dos sujeitos/participantes da pesquisa, sem desconsiderar o tecnicismo e o descrito pela ciência, todavia buscando a transformação.

Na introdução, procuramos delimitar a temática e o contexto investigados.

Os objetivos foram traçados de acordo com as inquietações surgidas no presente estudo, tendo em vista a busca das respostas trabalhadas.

No referencial teórico, são discutidos, por meio de busca ampla da literatura, os emblemas dos quais o título do presente estudo trata, a saber: educação para a saúde, cuidado e humanização, contextualizando o SUS e suas perspectivas.

Buscamos, ainda, a imersão no universo teórico de Freire, referente à humanização, tomando-a como eixo norteador na presente investigação.

A metodologia inclui o referencial metodológico da pesquisa, assim como, os procedimentos escolhidos para a concretização desse estudo.

Após, buscamos contemplar os resultados da investigação, discutidos e analisados. Em seguida, esses achados foram problematizados e confrontados com os referenciais advindos do universo conceitual que, atualmente, trata desses temas em questão.

Posteriormente, apresentamos as ações e intervenções educativas advindas da nossa pesquisa-ação.

No final, são demonstradas as considerações deste estudo, culminando com o ensino/aprendizagem, a troca e a construção de conhecimento, tanto no nível individual quanto coletivo (pesquisador-pesquisandos).

1. INTRODUÇÃO

Educação para a saúde, cuidado e humanização representam uma intersecção desafiadora de ser realizada na prática, sentida tanto pela autora enquanto profissional e usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto constatada por diversos trabalhos científicos e estudos do Ministério da Saúde (MS) que destacam a humanização.

Diante de tais inquietudes e reflexões, fomos delimitando a temática da presente investigação, considerando que a Educação para a Saúde constitui-se como eixo norteador da relação entre enfermagem, cuidado e humanização.

Assim sendo, o contexto da Educação para a Saúde, enquanto campo de estudo, nas últimas décadas, passa por uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas. Busca-se cada vez mais contextualizar a Educação para a Saúde na superação do paradigma de atenção à saúde voltado para a doença, que seria pautado no modelo de prática profissional biologicista. Mas também, na superação do paradigma pautado na educação tradicional, pois ele enfocava a transmissão de conhecimentos e saberes científicos, desconsiderando o saber popular, as necessidades distintas, a diversidade e a subjetividade dos sujeitos⁽¹⁾.

A enfermagem, enquanto profissão do cuidado, está situada nas grandes áreas: da educação, por ter intrínseca a função de educador, e da saúde, por prestar a assistência, ou o cuidado em si, insere-se no contexto de mudanças ditas anteriormente (tanto na atenção à saúde quanto no ensino), no sentido de que busca práticas mais holísticas na assistência, ao mesmo tempo que, paradoxalmente, ainda convive com o reducionismo e a fragmentação na atenção ao indivíduo⁽²⁾.

Sob essa visão, faz-se necessário, ainda, discutir sobre a formação dos profissionais. Nesse aspecto, Santos discorre sobre o papel da universidade em tempos de pós-modernidade. E, analisa que muitas vezes, as universidades estão divididas entre a formação crítica e cidadã das pessoas, e a formação de mão-de-obra qualificada que esteja de acordo com as exigências do mercado de trabalho⁽³⁾.

Seguindo essa lógica, pensamos que é preciso refletir sobre o aperfeiçoamento da formação universitária da enfermagem. O que, substancialmente, converge para o eixo da Educação para a Saúde enquanto superação do paradigma tradicional,

com vistas a uma formação crítico-reflexiva e humanizada, entendendo que o ensino das profissões de saúde ainda é marcado pelo paradigma cartesiano, que sustenta a dicotomia entre ensino e aprendiz ^(2,4).

No que diz respeito à humanização, esse termo representa um novo paradigma e um grande desafio nos modos de se fazer e exercer as práticas em saúde. Esse conceito, amplamente discutido pelo MS, possibilita imergir na compreensão do que é ser humano, para assim, contemplar as necessidades em saúde, de forma cidadã, solidária e digna. A humanização, enquanto eixo transversal que entremeia todas as formas do agir em saúde, representa demanda urgente por parte do sujeito assistido, e propõe ultrapassar o que é visto como necessidade em saúde pelo profissional de saúde ⁽⁵⁻⁸⁾.

Entendemos que há transformações evidentes nas instituições humanas e nas relações político-econômico-sociais, diante dos modos de produção, que se processam nas maneiras de agir e pensar de cada pessoa, implicando nas relações que o homem tem com o mundo, como o trabalho, os valores e as maneiras de ser e viver. Os aspectos correlacionados à existência humana, em sua essência, encontram-se em momento de (re)significações culturais, sentimentais, éticas, morais e religiosas, pelo ser humano ^(2;9-10). Devemos então, tentar compreender, e para isso pensamos ser necessário nos inserirmos nessa realidade em constante transformação, para ir de encontro com as nossas necessidades, em saúde.

No presente estudo, buscamos imergir na temática em foco, propondo para tanto, trabalhar a concepção dialógica de Paulo Freire, para sustentar nossa pesquisa, dentro de uma abordagem qualitativa e humanista ⁽¹¹⁻¹⁸⁾. Visamos, para tanto, agir por meio da dialogicidade, do respeito e da democracia nas relações com os participantes, enaltecidas nas teorias de construção do conhecimento freireanas, e assim, procurar fazer com que a humanização entremeie, enquanto horizonte a ser seguido, a teorização e o método deste estudo.

Interessou-nos conhecer como a temática é apreendida pelos profissionais. E nesse sentido, lançar alguns pressupostos baseados nas reflexões obtidas segundo a nossa percepção, ancoradas nas observações do cotidiano profissional.

Na intersecção entre a concepção dialógica de Freire e a humanização, inserimos a metodologia adotada, a pesquisa-ação, que sugere o conhecimento, a inserção e o respeito pelos contextos histórico, ambiental, cultural, político e

econômico dos participantes. Portanto, através da imersão na realidade dos pesquisandos, propomos contribuir com as pesquisas que vem sendo realizadas, e que são voltadas para as práticas humanas em saúde, e linearmente, conhecer e construir conhecimentos e ações educativas, o que pensamos ir sempre ao encontro do marco teórico freireano adotado^(19;20).

Acreditamos que corresponder ao que propõe o SUS, somente será possível, por meio do trabalho profissional, sendo realizado de forma horizontal e democrática, entre usuários, profissionais e gestores, vislumbrando, assim, o exercício da solidariedade, da ética e da cidadania. Todos somos co-responsáveis na construção do que almejamos para o SUS.

Sem ensinar, aprender, mas sobretudo sem trocar experiências, no cotidiano, conjuntamente, não conseguiremos avançar. Propomos, como contribuição deste estudo, e apoiados no pensamento crítico-social de Paulo Freire, o educar e aprender juntos, todos nós – gestores, profissionais e ao mesmo tempo, usuários do sistema, construindo e contextualizando os saberes, princípios e políticas que aspiramos para o avanço do SUS.

2. OBJETIVOS

O **objetivo geral** deste estudo foi pesquisar enfermeiros assistenciais, buscando a concepção deles sobre o significado dos temas Educação para a Saúde, cuidado e humanização, procurando instrumentalizá-los sobre como esses eixos temáticos podem estar implicados na postura desses profissionais, que correspondam a uma prática cotidiana em saúde concernente aos ideais e princípios do SUS.

Os **objetivos específicos** foram:

- Identificar, com esses enfermeiros, os elementos, como: o modelo pedagógico universitário, o perfil de liderança, as disciplinas cursadas voltadas para a humanização, entre outros aspectos; que visam a subsidiar uma prática em saúde de forma humanizada e contextualizada, considerando o meio social dos usuários, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida nos níveis individual e coletivo e as políticas públicas nacionais referentes à humanização;
- Verificar as práticas e as perspectivas dos enfermeiros no cotidiano profissional relativas a posturas profissionais contextualizadas aos pressupostos do SUS;
- Trabalhar na pesquisa-ação, conceitos e perspectivas sobre os assuntos pesquisados, propondo ações educativas para os enfermeiros participantes desse estudo, sobre as temáticas em questão.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Contextualizando a Educação para a Saúde

Inicialmente, faremos um breve recorte histórico sobre a grande área Educação em Saúde. Em seguida, com o desenrolar do texto, e baseando em literatura atual, vamos tecendo alguns comentários sobre o que prerroga o movimento atual neste campo.

De antemão, gostaríamos de demonstrar, e então instigar a pensar, sobre os termos educação e saúde.

De acordo com Ferreira, educar é construir conhecimentos; instruir. Educação é o processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral da criança e do ser humano em geral, visando a sua melhor integração individual e social⁽²¹⁾. São pois, os conhecimentos ou aptidões resultantes do processo de educar. É o aperfeiçoamento integral de todas as faculdades humanas.

Por vez, o termo saúde é o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do que é sadio ou são; disposição moral ou mental.

Assim, se partirmos do raciocínio lógico, mesmo sem evidências científicas, a educação para a saúde, seria o ato ou processo de ensinar e aprender, visando ao desenvolvimento das capacidades física, intelectual e moral do ser humano, para a obtenção da saúde, esta enquadrada nas funções físicas e mentais em bom estado.

Entretanto, importa destacar que, a Educação para a Saúde, enquanto grande área, passou por constantes e diversas mudanças de paradigmas, tanto nacional quanto internacionalmente.

Durante muitos anos, a partir do final do século XIX e século XX, essa área, até então, era entendida como Educação Sanitária. Ela se limitava a atividades como a publicação de livros, folhetos e catálogos, que eram distribuídos em empresas e escolas. Foi considerada ineficiente, pois não atingiu todas as camadas da sociedade⁽²²⁾.

Nessa época, as ações educativas na área da saúde eram mais voltadas ao sanitarismo, e previam medidas, como a higiene pessoal e a mudança de hábitos, para erradicação e prevenção de doenças.

Campos afirma que o Estado exerceu grande influência na Saúde Pública, com vistas a zelar pela saúde dos trabalhadores, mantendo assim a produtividade e o crescimento econômico pretendidos pelos países neoliberais, que tinham o capitalismo como sistema econômico e social de governo⁽⁷⁾.

Entretanto, a partir da década de 1960, os serviços de saúde eram predominantemente privados e obedeciam a uma dinâmica de mercado pautada no capitalismo, em que se destacava o pagamento e o lucro por procedimentos realizados (tanto em nível das instituições de saúde quanto dos próprios trabalhadores de saúde, principalmente representados na figura do médico). Mesmo com grande participação estatal, o padrão de organização dos serviços enfatizou a separação entre as práticas voltadas para o atendimento médico individual e para a saúde coletiva⁽⁷⁾.

A partir da década de 1970, a Educação Sanitária sofre uma mudança terminológica e passa a ser denominada Educação para a Saúde. Essa mudança representou também um desafio no contexto do conceito da promoção da saúde⁽²³⁾, quando se tornou evidente a importância de estimular, por parte dos indivíduos, o maior controle sobre a própria saúde. Denotou-se, portanto, a necessidade da realização de ações educativas para promover a saúde como um todo^(22;24).

Ainda sobre essa época, o modelo citado de produção de serviços no setor saúde, entra em crise financeira, no sentido de que, mesmo por meio de arrecadação previdenciária, o Estado não consegue arcar mais com aquele padrão de gastos e com a extensão de cobertura, em contínuo aumento, imposta pela dinâmica social, na medida em que era cada vez mais nítida a expansão do espaço urbano⁽²⁵⁾, mesmo sem nenhuma conformação ou organização prévias dele, por meio das populações provindas da zona rural^(7;26).

Sofreu também, crise política, pois as medidas adotadas pelo Estado para contenção de despesas acentuou o descontentamento e as pressões dos produtores privados de saúde; e crise de legitimidade, justificada pelo privilégio da quantidade de serviços prestados em detrimento de sua eficácia, o qual contribuiu de fato para a extensão, ainda atual, do enfoque medicalizante e curativista característico do modo de produção de serviços de saúde^(7;26).

Neste contexto histórico, as ações educativas tinham como objetivo a submissão por parte do paciente a novos hábitos de vida, em que as mudanças

comportamentais que evitassem doenças deveriam ser incorporadas. O conhecimento era transmitido pelos profissionais, e na maioria das vezes, o significado dele não era compreendido. Esse tipo de modelo educativo em saúde enfoca o saber centrado no médico e no aspecto biológico. Além de permanecer na concepção tradicional de educação, esses modelos eram estruturantes em saúde, o que, de acordo com literatura, nem sempre têm obtido êxito⁽²⁷⁻³⁰⁾.

Ressalte-se, portanto, que esse enfoque biologicista, tecnicista e fragmentado, acena para um caráter curativo dos saberes e práticas, tanto na área de educação quanto da saúde, distanciando das realidades dos indivíduos e dificultando a difusão científica e a educação para a saúde, pois os conhecimentos, as credences populares, os preconceitos, tabus e mitos, bem como os modos de viver não são considerados ou compartilhados⁽³¹⁾.

Neste sentido, a superação de paradigmas nos modelos de concepções de educação voltados para as ações educativas à saúde, ficaria prejudicada. No enfoque biologicista, não há integração entre os educadores e membros de comunidades, persistindo abordagens unidirecionais ao invés da multidisciplinaridade. Há deficiência no preparo e qualificação dos profissionais para trabalharem participativamente, com a comunidade, além de cristalizar o conhecimento dos profissionais, enquadrando-os como detentores da ciência e do saber⁽³¹⁾.

Vasconcelos afirma que o modelo biomédico era predominante e, portanto, não se considerava os contextos histórico, cultural, político e psicossocial em que o indivíduo, família e comunidade estariam inseridos. No que é relacionado ao modelo pedagógico em saúde, como características ainda destacam-se: a transmissão de conhecimentos, de modo autoritário e vertical, não havendo a tomada de decisões, autonomia e reivindicações, além de enfatizar o contexto biológico do ser humano⁽²⁹⁾.

Observamos, pois, que a evolução histórica dos sistemas de saúde acompanham e são marcados pela história recente da medicina e do papel do profissional médico. No século XX, se era destacada a erradicação de doenças que prejudicariam o desenvolvimento econômico, de maneira a se trabalhar enfocando a higiene, a partir da década de 1970, a prevenção de doenças começa a se introduzir no setor saúde, dando espaço à atuação da Medicina Preventiva^(7;32).

Alguns traços dessa tentativa de mudança que norteariam as políticas de saúde, evidenciaram-se, em nível internacional, no movimento da Atenção Primária à Saúde (APS), que introduziu a participação formal do Estado no setor saúde e no bem estar coletivo^(29;33). Neste sentido, é preciso ressaltar que a definição de saúde, a partir dos diversos contextos históricos, passou por várias significações.

Após a II Grande Guerra, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definiu como “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade”. Essa definição é inovadora no sentido de que não contempla a saúde apenas como a ausência de enfermidade, mas insere também o aspecto social imprescindível, como a alimentação, vestuário, lazer, transporte, saneamento básico, sono, habitação, educação, entre outras vertentes. Entretanto, foi amplamente criticada, principalmente por ser ambígua e estática, incidindo a relação dicotômica entre teoria e saberes do que seja a saúde e sua prática, a partir das políticas públicas^(20;34).

Com a APS, a saúde passa a ser dimensionada de maneira mais ampla, não contemplada apenas pelo sanitarismo, mas por ações que a circundam e interferem na sua promoção, como a paz, a moradia, a educação, a estabilidade do ecossistema, o desenvolvimento sustentável, a justiça social e a equidade^(7;34).

Sob o ponto de vista da APS, a saúde é uma condição de equilíbrio dos indivíduos, que vivem integrados em seu meio natural e social. Assim, compreende-se o conceito de saúde vislumbrando valores de autonomia e solidariedade. Teoricamente, a APS seria o primeiro contato do indivíduo e comunidade com o serviço de saúde, para atender não somente a enfermidade, como também o indivíduo saudável, potencializando a participação da comunidade e o auto-cuidado, prerrogando a prevenção e promoção em saúde, apresentando, portanto, grande resolutividade de demanda normal dos usuários⁽³³⁻³⁴⁾.

Nesse contexto, foi se evidenciando a dificuldade das instituições de saúde no atendimento em nível de assistência primária, o qual gerava demanda crescente, tornando-se necessidade corroborar as relações entre o sistema formal de saúde e a comunidade⁽³¹⁾.

Há de se destacar que as expressões: Educação para a Saúde, comumente chamada de educação em saúde, e a promoção da saúde são atributos diferentes. Encontramos em Candeias uma clara definição destes termos⁽³⁵⁾. Segundo ele:

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra *combinação* enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra *delineada* distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. *Voluntariedade* significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. *Ação* diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (CANDEIAS, 1997, p. 210).

Sobre a promoção da saúde, o mesmo autor reforça:

Define-se promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. *Combinação* refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. *Educacional* refere-se à educação em saúde tal como acima definida. *Ambiental* refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde. Utiliza-se aqui para fazer referência àquelas forças da dinâmica social, que incidem sobre uma situação específica e que vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população. Dizem respeito àqueles fatores ambientais que também precisam ser considerados no planejamento de atividades de promoção em saúde. Note-se que essa se diferencia dos outros dois maiores componentes da saúde pública por fixar a engenharia do meio ambiente à *proteção em saúde* e a administração no ambiente médico aos *serviços de prevenção para a saúde* (CANDEIAS, 1997, p. 210).

A atenção primária integral à saúde foi anunciada e divulgada em 1978 na Conferência de Alma Ata, patrocinada pela OMS. Tem como eixo principal o apoio aos indivíduos e grupos sociais, incidindo a autonomia e controle sobre suas vidas e sua saúde. Vasconcelos (2002) aponta que do conceito de APS, evoca um modelo de atenção que incide sobre uma nova forma de abordar os problemas de saúde, que superariam a tradição positivista e mecanicista da medicina⁽³⁰⁾.

Neste sentido, seria desejável a articulação entre as estratégias educativas para a saúde e as estratégias de promoção da saúde, compreendendo que promover a saúde é mais abrangente, e que vislumbra os contextos do mundo onde o que é educado está inserido, não sendo excludente com os diversos fatores determinantes de sua existência, e de sua saúde.

MACDONALD e WARREN (1991) citam⁽³⁶⁾:

A educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disto, esta é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo na medida em que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde e suas vidas (p.39).

... Grande parte do que Paulo Freire diz sobre o processo educativo é diretamente aplicável à Atenção Primária à Saúde. Nós afirmamos ainda mais: a metodologia educativa de Paulo Freire é uma sólida base para se atingir uma Atenção Primária a Saúde integral (p. 44)

Vale destacar que Vasconcelos (2002) cita a mesma referência sobre esse assunto.

Conforme mencionado, as visões desses autores acerca dos assuntos que circundam a Educação para a Saúde, vão de encontro ao marco teórico freireano defendido no presente estudo. Neste sentido, a educação, proposta por Paulo Freire, sendo atrelada aos princípios da promoção da saúde, seria o elemento chave para a concretização de uma vida saudável e cidadã⁽³⁷⁾.

Freire nos acena para outras possibilidades em termos de concepções e práticas pedagógicas, o que poderia contribuir amplamente com as ações educativas para a saúde. A concepção de Educação proposta pelo referido pensador, concebe o homem enquanto ser inacabado, como um ser capaz de transformar a si e a sociedade, o que iria de encontro à Educação para a Saúde, considerando a forma como essa vem rompendo com concepções estáticas e tradicionais de educação em saúde^(11;18).

A Educação, hoje, representa a prática política, fundamentada em valores que buscam a transformação social, a crítica e a ação emancipatória, para que se consiga o desenvolvimento humano convergente à justiça e à equidade social⁽³⁸⁾.

A Educação para a Saúde, concebida na concepção pedagógica problematizadora/conscientizadora, seria definida como o processo educativo que visa não somente a prevenção de danos e de doenças, mas associa a promoção da saúde, a solidariedade, a cidadania e a humanização. Considera, para assim se concretizar enquanto conceito e prática, o cotidiano da vida, e seus elementos constitutivos da relação entre o mundo e o sujeito, com os contextos social, espiritual, econômico, político e cultural^(18;39).

Com o surgimento do SUS, na década de 1980, movimentos sociais lutaram por mudanças mais radicais nas políticas sociais e de saúde. Evidencia-se, nesse contexto histórico-político, que a Educação para a Saúde surge como uma ferramenta de participação popular nos serviços de saúde, e começa a se introduzir a ciência como parte da vida cotidiana das pessoas ^(24;29).

Em muitas instituições de saúde, surgia o desafio de arraigar a educação popular, frente ao contexto histórico complexo da vida social, do modelo hegemônico em saúde e à subordinação aos poderes políticos e econômicos vigentes. Nesse novo desenho de realidade social, tomava forma a colaboração e articulação entre o saber técnico e o saber popular, fazendo com que a Educação para a Saúde fosse um instrumento de articulação entre ciência e vida cotidiana e de participação coletiva nos serviços de saúde. Outros aspectos, além dos hábitos saudáveis, como a tolerância, a solidariedade, a participação, os direitos humanos, o respeito, a ética e a cidadania, passavam a ser vislumbrados na educação popular ^(11;34;39).

A Educação para a Saúde, da forma como ela é concebida atualmente, está associada aos fatores condicionantes na busca por uma sociedade mais justa, ética e solidária, (re)construída pela Educação. Ela emerge para o contexto de melhoria da qualidade de vida, através da prevenção e promoção em saúde que resgatam a população, de forma que ela seja informada e orientada, e que de maneira ativa e crítico-reflexiva, tome decisões que proporcionem boas condições físicas e mentais, nos planos individual e coletivo ^(34;39).

Esse tipo de processo educativo se manifesta no diálogo entre os diferentes atores sociais (comunidade, família, usuários, equipe profissional, gestores), no compromisso com as classes subalternas, nas iniciativas e consequente autonomia dos educandos, na articulação entre saber popular e saber científico, na busca comum pela produção de conhecimento e no resgate da cidadania ^(11;29-30).

Ainda, esse novo paradigma da Educação para a Saúde enfatiza a escuta (acolhida qualificada) das necessidades e expectativas dos atores sociais, acompanhando a dinamicidade da realidade em que vivem; incentiva o auto-cuidado e a troca de saberes e experiências, de modo horizontal entre educadores e educandos/profissionais e usuários, entendendo esses sujeitos modulam e são modulados pelo mesmo mundo em que estão inseridos, e onde educam e são

educados, aprendem e ensinam^(11;15); e desestimula as ações unicamente medicamentosas⁽²⁹⁾.

Como resgata Reis, em revisão documental do Ministério da Saúde de 1980 a 1992, nos programas que visaram às ações educativas em saúde, teve-se a idéia central do processo educativo fundamentada em Freire, desde a década de 1970, sendo fortemente influenciada por seu pensamento e sua teoria de educação libertadora. Buscava-se uma mudança no discurso oficial da educação em saúde, passando de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos para uma abordagem mais crítica, voltada para a participação comunitária⁽⁴⁰⁾.

Contudo, como citam Gazzinelli et al., as Diretrizes da Educação para a Saúde (Ministério da Saúde, 1980, p. 370), definiram educação para a saúde como “atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde”, e a partir daí, podemos inferir que a educação teria como intenção reforçar os padrões de saúde concebidos pelo governo para a população⁽⁴¹⁾.

Assim, como nos reforçam Gazzinelli et al. e Vasconcellos, nessa época, e mesmo atualmente, esse tipo de concepção citada, seria uma herança do método cartesiano que domina as práticas educativas e de pesquisas e práticas em saúde na pós-modernidade. Enfocaria, especialmente, a alta tecnologia médica e o reducionismo do ser humano ao aspecto biológico, a medicalização da assistência, o ser humano enquanto alvo de mudanças, e passaram a desconsiderar as situações de desigualdade, heterogeneidade, diversidade e diálogo com a população. As práticas educativas seriam pautadas nesta perspectiva normativa e cientificista^(30;41).

Segundo Gazzinelli et al., comportamentos inadequados do ponto de vista da “promoção da saúde são, então, explicados como decorrentes de um déficit cognitivo e cultural, cuja superação pode se dar por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior”⁽⁴¹⁾.

Ainda, segundo Vasconcellos⁽⁴¹⁾:

Não tem sido uma preocupação importante da medicina a compreensão dos saberes, das estratégias, dos significados imaginários e das contradições e passividades do meio popular frente às doenças usuais de forma a possibilitar uma crítica dos procedimentos médicos e sanitários tradicionais e a criação de novas formas de abordagem de modo a caminhar para a integração entre o agir médico e o agir popular. Normalmente se confia no “bom senso” dos profissionais para a construção dessa integração. Outras vezes se delega esta tarefa a profissionais específicos (visitadoras

sanitárias, assistentes sociais, etc.) que, atuando de forma paralela e desvinculada da rotina de atendimentos técnicos individuais prestados, terminam não conseguindo uma mudança significativa na globalidade das práticas de enfrentamento das doenças (p. 1-2).

Ao se observar criticamente a Educação para a Saúde nas últimas décadas, nota-se um grande desenvolvimento e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas neste campo de estudo. Contudo, a aplicação das reflexões não vêm sendo associadas às intervenções educativas, mesmo notando-se a disposição dos referenciais teóricos aos educadores e pesquisadores; acarretando assim, uma profunda separação entre teoria e prática ⁽²⁸⁾.

Essas reflexões que evoluem nos referenciais teóricos, situam-se num profundo “hiato” com as intervenções educativas em saúde, muitas vezes pautadas em concepções behavioristas e deterministas. Essa dificuldade de intersecção entre a teoria e a prática pedagógica concreta, estaria situada na permanente prática profissional embasada no modelo hegemônico em saúde ⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Começou-se a pensar que a aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento. Esse tipo de concepção pedagógica tradicional, desconsidera que o processo educativo lida com histórias de vida, com a subjetividade dos sujeitos, o que implica um conjunto de crenças e valores. As soluções, enfocadas nos riscos do adoecimento, e no aspecto biológico, incidem para o aumento da medicalização e convênios de saúde, constituindo uma nova subordinação dos sujeitos, além daquela relacionada à adoção de novos comportamentos ditos saudáveis e coletivos ^(1;7;43).

Essa concepção pedagógica de educação em saúde estaria baseada no modelo biomédico de assistência, e caracteriza-se na transmissão de conhecimentos, de modo autoritário e vertical, que nega a tomada de decisões e está focado em um contexto biológico, sem considerar o ambiente cultural, político e psicossocial em que o indivíduo, família e comunidade estão inseridos ^(18;40).

Ao contrário, a mudança de paradigma na prática da Educação para a Saúde busca a escuta das necessidades e expectativas dos clientes, e não apenas as exigências terapêuticas. Não enfoca exclusivamente as atividades administrativas e ações medicamentosas, mas incentiva o auto-cuidado e a troca de saberes e experiências, ultrapassando o enfoque biologicista ^(29;41).

A Educação para a Saúde, portanto, segue duas tendências originadas pela área de Educação: a educação tradicional ou formal, na qual o indivíduo atua, de forma passiva, no meio sociocultural em que vive. Os conteúdos são repassados. O professor exerce autoridade e propriedade sobre o saber. O aluno é apenas um recipiente vazio em que são depositados conhecimentos e há imposição de limites de comportamentos incidindo a acriticidade^(15;20).

Um exemplo desta prática tradicional que prioriza a biologicidade está ao se tratar as pessoas portadoras de doenças crônicas, em que se transmitem conhecimentos, e as ações educativas objetivam a adesão do usuário a novos hábitos de vida. Nesse sentido, o paciente reproduz o discurso médico, mas muitas vezes, sem compreender seu significado, levando à acriticidade, submissão, ansiedade, sentimento de incapacidade frente à doença, e pouco ou nenhum conhecimento e cuidados acerca da saúde, evidenciando que a concepção biologicista pedagógica e de atenção nem sempre têm obtido êxito⁽²⁷⁾.

A outra tendência é a educação progressista, interativa, problematizadora, emancipatória e conscientizadora. Essa, busca a interação entre educador/educando, objetivando troca de conhecimentos entre ambas as partes, sobretudo no que concerne o desenvolvimento do educando. Nessa concepção crítico-social, os sujeitos são ativos. O educador é o facilitador no processo educativo, considerando o contexto social, histórico e cultural em que o indivíduo está inserido, respeitando suas crenças e sua historicidade. É um tipo de educação que contextualiza as necessidades técnicas, sociais, culturais e espirituais dos sujeitos. Trata-se portanto, de uma educação que configura-se em tempos de pós-modernidade, primando pela dignidade, integridade, dialogicidade, liberdade e reciprocidade entre os sujeitos. Nesse processo, o importante é aprender a aprender. O método que prevalece, traduz-se no diálogo, favorecendo abertura para articulação de saberes que contemplem singularidades e multiplicidades, conduzindo, pois a uma concepção mais abrangente do processo pedagógico, ao incidir a natureza política, social e intersubjetiva das relações^(11;39).

Assim requer o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo dentro da realidade, de forma emancipatória, que leve a ações transformadoras e à autonomia da tomada de decisões do indivíduo, considerando sua inserção, na sociedade⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

Neste contexto, faz-se mister considerar a Educação como potencial na manutenção da saúde, da forma como ela é definida, ao considerar o bem estar individual, social e de equilíbrio com a natureza. O conhecimento da dinâmica da realidade em saúde e de seus elementos constituintes, ocasionado pela Educação para a Saúde, somente se faz possível através de uma pedagogia progressista/conscientizadora que leva à ação e transformação, pensada de forma crítico-reflexiva.

Muitos exemplos vem enriquecendo essas novas práticas pedagógicas em saúde. De acordo com os achados da literatura, depreendemos que, elas se evidenciaram: na graduação, acerca de modelos pedagógicos tradicionais versus problematizadores^(46;47), na pós-graduação^(4;48), com docentes⁽⁴⁹⁾; e mesmo na formação de recursos humanos⁽⁴⁷⁾; além de outros estudos, têm demonstrado que é possível associar as tendências teórico-progressistas, da área da Educação, à prática em saúde⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

Dispor de meios para que os indivíduos mantenham hábitos saudáveis e ter responsabilidades para garantir a saúde, faz com que a Educação para a Saúde seja compreendida como articulação entre teoria e prática, reflexão e estratégia, na busca não apenas das práticas em saúde que evocam a intervenção na doença, mas também, na manutenção do estado de saúde, campo esse mais abrangente, incidindo aspectos de ordem social, espiritual, cultural, político, de solidariedade, enfim, de resgate do ser humano enquanto conhecedor de seus direitos como cidadão.

Ademais, os novos paradigmas da Educação para a Saúde acenam para a humanização. Como tema transversal que permeia as práticas e concepções em saúde, a humanização, a ser discorrida nas próximas páginas do presente, perpassa o processo educativo, pois nesse "...deve-se levar em conta as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida dos sujeitos..."⁽²⁸⁾.

Deveras, para se ter uma assistência integral, faz-se mister a utilização de estratégias de aprendizagem para os profissionais de saúde, que valorizem o diálogo e a interdisciplinaridade entre os saberes formais e não-formais, a troca de experiências, que contribuam para as ações de promoção da saúde individual e coletivamente. Nota-se a discussão crescente sobre a formação profissional e a

educação permanente que busque o trabalho em equipe, numa visão mais aberta, voltada para a construção de projetos coletivos⁽⁴⁴⁾.

Reconhecer e respeitar o saber popular se mostra um desafio entre a teoria e a prática profissional. Há que se considerar que o educador/profissional de saúde deve destituir-se de preconceitos relacionados à dicotomia entre o saber técnico e o saber popular⁽³⁾, e ir além, ao investir na descoberta e inserção do ato pedagógico como um movimento de superação das limitações e opressões da vida dos educandos, no trabalho da luta coletiva pela conquista da autonomia e da aceitação de si e do outro, visando, portanto, a promoção da saúde^(29;53).

Depreendemos então, que todo profissional de saúde exerce a função de educador, no sentido de se trabalhar nos níveis de atenção, sobremaneira na perspectiva da promoção da saúde. Portanto, a Educação para a Saúde contextualiza-se como uma estratégia adequada para capacitar as pessoas a tomar suas próprias decisões e a ter maior controle sobre suas vidas e saúde. A enfermagem, alicerçada nas necessidades humanas básicas⁽⁵⁴⁾, teria como proposta realizar Educação para a Saúde com os usuários, em todos os níveis de atenção, mas também para a atualização da equipe liderada⁽⁵⁵⁾.

3.2 Buscando a compreensão dos aspectos políticos do SUS

Para refletir sobre o marco teórico, político e histórico do SUS, é preciso falar do movimento social que ocorreu e que teve como resultado a conquista legislativa do nosso sistema de saúde: o movimento sanitário. Na trajetória histórica nacional, o momento político da redemocratização se confunde com o momento da Reforma Sanitária Brasileira, na luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade⁽⁵⁶⁾.

O termo “Reforma Sanitária” foi usado no país devido a reforma sanitária italiana. A expressão foi retomada nos debates precedentes à 8ª Conferência Nacional de Saúde, e referia-se ao conjunto de idéias propostas para as mudanças e transformações que se faziam necessárias na área da saúde enquanto sistema, e visava a melhoria das condições de vida da população. Sérgio Arouca, médico sanitário, o “eterno guru da Reforma Sanitária”, integrava o movimento, que não se

constituía de grupo ou partido, mas era considerada uma ação social e que nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura ⁽⁵⁷⁾.

Os debates ocorriam com a participação de vários seguimentos da sociedade brasileira, e teve envolvimento de civis, trabalhadores de saúde (inclusive de médicos residentes que, na época, trabalhavam sem carteira assinada), representantes de trabalhadores que pagavam para ter acesso a ações de saúde, cientistas, bem como dos departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e da Universidade de Campinas e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

As discussões acerca de um novo sistema de saúde, tiveram início no final da década de 60, época repressiva e autoritária no Brasil, quando o sistema governamental era a ditadura, e constituíram a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, abordagem marxista da saúde ou teoria social da medicina, a que era denominado o mesmo conjunto de idéias sobre o sistema de saúde. Uma delas era de que o setor saúde devesse mudar o foco nas ciências biológicas e no modo de transmissão das doenças, e introduzir as ciências sociais.

Entretanto, ainda assim, o debate tinha um tom ligado às correntes funcionalistas, que consideravam a sociedade como um local que precisava somente de corrigir pequenas diferenças de interesses para viver, harmonicamente. Porém, a introdução e aprofundamento na abordagem da saúde da teoria marxista, o materialismo dialético e o materialismo histórico, demonstrou que a doença está socialmente determinada ⁽⁵⁷⁾.

No Brasil, a nova abordagem foi reconhecida e difundida academicamente após as teses de Sergio Arouca (O dilema preventivista) e de Cecília Donnangelo (Medicina e Sociedade), ambas de 1975.

Ao fim da ditadura, o movimento já tinha propostas e conseguiu se articular em um documento chamado Saúde e Democracia, apresentado por Arouca, e enviado para aprovação do Legislativo. Teve-se como uma das intenções (a das mais importantes segundo Arouca) a transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) para o Ministério da Saúde, bem como a participação social nas conferências de saúde, para discutir sobre esse e outros assuntos na área da saúde ⁽⁵⁷⁾.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, reuniu, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde, e da conferência (ou movimento social), saiu a primeira emenda constitucional, considerada o maior sucesso da reforma sanitária ⁽⁵⁷⁾.

O Inamps (sistema de serviços de saúde que eram prestados para os trabalhadores, após pagamento por meio de desconto salarial) foi extinto e entre os outros resultados do movimento pela reforma sanitária, está a conquista da universalização da saúde, princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tem direito à saúde; o dever do Estado e a função complementar da saúde privada; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários; e a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que foi responsável pela transformação do texto da constituinte, na Lei Orgânica 8080⁽⁵⁶⁾.

O desenrolar desse processo social e político resultou na criação do SUS, permeado por um cenário democrático e de nítida mudança cultural, tendo como claras consequências, a busca por uma concepção holística do processo saúde-doença e a do cuidado do indivíduo, família e comunidade focalizada na promoção da saúde ⁽⁵⁶⁾.

A Constituição Nacional de 1988 oficializa a criação do SUS, assegurando a saúde como direito de todos os cidadãos. Então, o SUS se pauta no acesso universal da saúde, na equidade da atenção e na integralidade. Desde então, um novo cenário começa a surgir no que diz respeito à organização e à mudança da estrutura nos serviços de saúde, no sentido de que o usuário começa a ter voz, a ser colaborador e co-responsável no seu processo de saúde-doença ⁽⁵⁶⁾.

O SUS é definido como uma nova formulação política e organizacional, com vistas a reordenar os serviços e ações de saúde. Com esse sistema, coloca-se em debate a mudança de um modelo de assistência voltado apenas para o objeto saúde/doença. Almeja-se a possibilidade de ampliação do olhar para a coletividade.

Este sistema de saúde é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, administrados por gestão pública, organizadas em redes regionalizadas e hierarquizadas, e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Tem como princípios norteadores: universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização.

As Leis nº 8080/80 e nº 8142/90 conduziram a definição de diretrizes, princípios e financiamento das ações de saúde em todo o país, e determinam, as ações de saúde em todo território nacional.

Foram elencados como princípios e diretrizes do SUS⁽⁵⁸⁾:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990).

Entretanto, apesar da garantia legal, os princípios e diretrizes do SUS não são compatíveis com a realidade operacional do sistema, seja pela grande demanda ocasionada por fatores sociais e econômicos, quanto pelo sucateamento do serviço público de saúde. Questões originadas desde o movimento sanitário emergem,

como: o confronto da promoção da saúde, como responsabilidade apenas do setor saúde, ou da articulação de esferas políticas e ações que, juntos, culminem na melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais ao ser humano ⁽⁴⁴⁾.

Alguns autores analisam que seria necessária uma mudança no enfoque do cuidado voltado para a doença e o reducionismo do sujeito à sua própria patologia. E da mesma forma, os modelos assistenciais embasados nessa ótica, para o tema promoção da saúde, que não está sendo vista apenas como um nível de atenção, mas que representa atualmente, um enfoque técnico e político em torno do processo saúde-doença-cuidado ^(42;46).

Arouca dizia que era preciso repensar o SUS tendo por base os princípios da reforma sanitária, a qual representou a passagem do pensamento crítico para uma proposta de ação, tomando o conceito de saúde e doença ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. E que era necessário discutir a saúde não somente como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente ⁽⁵⁹⁾.

A análise marxista da saúde na abordagem do conceito de saúde/doença relacionada ao processo de trabalho, abre discussão sobre a determinação social da doença e se introduz a noção de estrutura do sistema. Segundo Arouca ⁽⁵⁹⁾:

Conquistamos a universalização na Saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada. Conseguimos estabelecer que a Saúde deve ser planejada com base nas Conferências e conseguimos formalizar os Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários. O último passo desse movimento pela Reforma Sanitária foi a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da Constituinte na Lei Orgânica 8080. Dessa forma, todas as propostas reformistas de esquerda viraram Lei e isso acabou possibilitando a aprovação de outros projetos da esquerda. De um lado, o SUS avança por meio das Conferências, dos Conselhos, da municipalização, da universalização dos direitos. Por outro, na operação do modelo assistencial, segue a lógica do Inamps. O Ministério da Saúde é organizado segundo este mesmo modelo do Inamps, segundo a lógica hospitalar, com estrutura medicalizante.

Arouca também chamou a atenção de que o modelo assistencialista universalizou a privatização. Também destacou a importância de se retomar a intersetorialidade. E que, quando discutia-se a Reforma Sanitária, era feita crítica à prática da medicalização, sendo que foram introduzidas até mesmo discussões

sobre práticas alternativas de saúde, na tentativa de se considerar holisticamente a saúde, e não somente focar a doença ⁽⁵⁹⁾.

3.3 Refletindo sobre o cuidado na enfermagem

Ao refletir sobre o cuidado, pensamos que faz-se necessário compreender melhor o seu significado. Sendo assim, esse termo vem do latim *cogitatu*, que significa pensado, pensamento, reflexão. Desta forma, cuidar significa acautelar, tratar, zelar⁽²¹⁾.

Por vez, os seres humanos são animais dependentes, e ser cuidado pelos nossos semelhantes representa um estímulo à vida⁽⁶⁰⁾. Schmitt diz que nas fases da infância, adolescência, adulta, na saúde, na doença ou na morte, o cuidado, sendo a relação com o outro, supre as carências humanas.

Então, o cuidado é percebido como manifestação de afeto entre os seres, pois ele é constituído do altruísmo, da solidariedade, do respeito, da confiança no outro que é diferente de nós mesmos, o que possibilita a afetividade e o estabelecimento de vínculos.

Boff enfatiza que é necessário que resgatemos a dimensão cuidativa não apenas de cuidar do ser humano, mas também do que o circunda, como a natureza⁽¹⁰⁾.

Destaca também, que o ser humano não é um sujeito isolado, mas vive em relação com as coisas, com os outros e com o mundo. Freire, antes desse autor, já refletia que os homens estão inseridos no mundo, e o diálogo faz com que modulem e sejam modulados por este mesmo mundo e nas relações com seus semelhantes⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

Boff afirma ainda que o cuidado é uma característica imanente ao ser humano, que pretende ver a própria imagem de solicitude, desvelo e atenção para com o semelhante. O ser humano, ao cuidar, abre-se ao sensível e ao exercício da empatia, momento em que passa a ter mais preocupação e envolvimento com si e com o outro, desenvolvendo um senso de responsabilidade.

Ceder lugar de destaque ao cuidado não significaria deixar de trabalhar, mas sim renunciar ao pensamento de reducionismo do nosso semelhante e de tudo que nos circunda a objetos, ao pensar não ser interligados à subjetividade humana ⁽¹⁰⁾.

Em saúde, o cuidado, enquanto processo de trabalho, passou por diversas e complexas transformações.

O modo de produção neoliberal adotado pelos países centrais (a que eram denominados os países desenvolvidos) no início do século XX, estendeu-se para os países periféricos. Esse processo disseminaria diversas mudanças no mundo do trabalho, que teriam sido incorporadas devido ao padrão de industrialização fordista adotado. Alguns elementos básicos constitutivos desse padrão de industrialização se consolidariam, dentre eles destacando-se o trabalho parcelar e a fragmentação das funções, a dissociação entre a elaboração e a execução no processo de trabalho, a existência da verticalização nas unidades fabris, e a consolidação do operário em massa, entre outros fatores⁽⁶¹⁾.

O autor observa ainda que, em época de inflação e estagnação econômica, a partir da década de 1970, e considerando o modo neoliberal de produção determinado por uma lógica do interesse econômico imediato, países centrais teriam ditado políticas econômicas que tiveram por princípio o livre mercado e a gradual retirada do Estado da economia, em troca de condições que favoreceriam o pagamento da dívida externa. Tudo isso teria gerado um processo de reestruturação produtiva, que também teria transformado significativamente o mundo do trabalho⁽⁶¹⁾.

Alguns dos impactos provocados por essas transformações na produção, reprodução e gestão da força de trabalho, são citados o crescimento do desemprego; o aumento da informalidade e de vínculos de trabalho de curta duração; a precarização crescente das relações e condições de trabalho, inclusive a perda dos direitos trabalhistas e da garantia de estabilidade nos postos de trabalho; e o aumento das ofertas de mercadoria e serviços⁽⁶¹⁾.

Esses aspectos presentes nos diversos serviços, também teriam atingido o setor saúde. Campos, em sua análise sobre o “modo neoliberal de organizar a atenção médico-sanitária”, tece alguns comentários nos quais defende a superioridade dos sistemas públicos de saúde à alternativa liberal social. Um dos aspectos que ele comenta sobre o modelo neoliberal de atenção à saúde, é a articulação da prática médica aos interesses e a lógica neoliberal da indústria de equipamentos e fármacos, e aos próprios interesses de médicos, odontólogos e outros profissionais⁽⁷⁾.

O autor afirma que essa articulação de interesses econômicos criam uma dinâmica de incorporação de novas tecnologias, que levam, em consequência, a novos investimentos de capital e à divisão do ato clínico, e que assim, nem sempre se objetiva a eficácia das ações realizadas⁽⁷⁾.

Recentemente, apesar de muitos serviços, progressivamente, esperarem dos trabalhadores um perfil mais generalista e atualizado, no século passado, o mercado de trabalho teria sido profundamente marcado pelo trabalhador mais especializado⁽⁶¹⁾. No setor saúde, de acordo com Campos⁽⁷⁾:

A crise progressiva da eficácia da prática profissional em saúde é também decorrente da profunda segmentação do trabalho médico-sanitário, divisão esta determinada mais por uma lógica do interesse econômico imediato – honorários profissionais ou hospitalares, pagamentos por procedimentos realizados etc. – do que por decorrência “natural” do desenvolvimento científico, que estaria levando a uma inevitável e crescente especialização e fragmentação da clínica (Campos, 2006, p. 29).

Quanto à influência desse aspecto no setor saúde, no Brasil, houve a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, baixos investimentos em educação permanente dos trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários⁽⁶²⁾.

Mesmo após os avanços operacionalizados pelo SUS, persistem a fragmentação do processo de trabalho e das relações interprofissionais, da rede assistencial, a burocratização e verticalização do sistema, a pouca qualificação dos trabalhadores, a formação dos profissionais de saúde distante da formulação da política pública de saúde, o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; para citar alguns dos aspectos resultantes da desumanização do setor de saúde na relação com os usuários do serviço público, e da desarticulação frente às necessidades do SUS⁽⁶³⁾.

A reforma sanitária não teria conseguido alterar, de modo significativo, os padrões de produção dos serviços de saúde, de modo que ainda predominariam a produção privada e o enfoque medicalizante⁽⁷⁾.

Nessa realidade dos serviços de saúde, a busca por uma concepção holística do processo saúde-doença e a do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade, tornam-se questões emergentes a partir do cenário histórico democrático brasileiro, que configurou nítidas mudanças culturais⁽²⁶⁾.

A análise da relação entre a transição da democracia no país e o movimento social na saúde que ocorreu na década de 1980, foi refletida por Gershman. A autora discorre sobre a cidadania como um aspecto importante da democracia, já que nela estaria implícita a igualdade de direitos sociais para todos os cidadãos. Dentre esses direitos sociais, estaria o da saúde, demandando, portanto, para esse direito, uma noção de identidade coletiva, em que o Estado teria um papel central para satisfazer, ao tornar concreta, a garantia da saúde a todos os cidadãos⁽²⁶⁾.

A partir desse marco histórico, indagações começam a ser feitas quanto à assistência/cuidado prestados, isto é, esses seriam focados na cura de doenças e no enfoque fragmentado do indivíduo? A promoção da saúde seria responsabilidade apenas do setor saúde ou da articulação de esferas políticas e ações que culminassem na oferta de serviços essenciais ao ser humano e, além disso, na melhoria das condições de vida da população?⁽⁴³⁻⁴⁴⁾.

Uma revisão de literatura realizada demonstrou que o mundo do trabalho dos profissionais de saúde ainda valoriza os meios tecnológicos e a execução de tarefas, muitas vezes, padronizadas e com rotinas, em detrimento da valorização da singularidade dos clientes ⁽⁶⁴⁾. Com relação às condições de trabalho, algumas são apontadas como geradoras de tensão em ambientes de trabalho, como baixos salários, dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional, jornada dupla ou tripla, que propicia cansaço e sobrecarga de trabalho, prejudicando a transformação dos trabalhadores em pessoas mais críticas e sensíveis, no convívio contínuo com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria ⁽⁶⁵⁻⁶⁶⁾.

Althusser citado por Vasconcelos, explica que pode-se entender o processo de trabalho como um processo de transformação, e o cuidado médico tal como está centrado sobre seu objeto, o homem, e portanto, em suas dimensões biológicas e psicológicas. O resultado visado é a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais. Assim, o cuidado, centrado no médico como agente monopolizador do conhecimento e de habilidades para prestar essa atividade, utilizava instrumentos determinados⁽³⁰⁾.

Vasconcelos considera, em geral, o cuidado como um processo de trabalho, o qual se constitui de conhecimentos incorporados em instrumentos e condutas (nível técnico) e em uma relação social específica (nível social), a fim de cumprir com as

necessidades advindas da experiência histórica dos sujeitos diante do modo de viver⁽³⁰⁾.

De forma semelhante, denominando Composição Técnica do Trabalho (CTT) à correlação, no processo de trabalho do cuidar, entre Trabalho Morto e Trabalho Vivo, Merhy, e Merhy e Franco, explicam que o Trabalho Morto seria o instrumental ou as ferramentas utilizadas para se realizar o Trabalho Vivo em ato. O primeiro seria constituído de instrumentos e conhecimento técnico, tecnologias mais estruturadas. Entretanto, o Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo, depende sempre, no trabalho em saúde, do elemento relacional^(42;67).

Os autores denominam de tecnologias leves esse caráter relacional, pois no cuidado à saúde, no trabalho em ato, a forma de agir entre os sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, produziria esse cuidado. As tecnologias duras seriam as que estão estruturadas para elaborar produtos da saúde. Já no conhecimento técnico, são identificadas a parte dura (estruturada) e a outra leve, relacionada ao modo particular como cada profissional aplica seu conhecimento para a produção do cuidado^(42;67).

Dessa forma, a organização micropolítica do trabalho em saúde teria gerado um modelo assistencial, provocando a centralização na consulta médica, e o saber médico seria o elemento estruturador do trabalho de outros profissionais. A produção do cuidado ficaria dependente de tecnologias duras e leve-duras⁽⁶⁷⁾.

Nesse contexto, analisam que quando há hegemonia do Trabalho Morto, o modelo assistencial (ou o próprio cuidado) se caracterizaria como médico-hegemônico, centrado no ato prescritivo e produtor de procedimentos. A mudança desse enfoque pressupõe que o Trabalho Vivo domine sobre o Trabalho Morto (porém, observam que essa relação não é mensurável quantitativamente), o que significaria produção de saúde alicerçada nas tecnologias leves/ relacionais, e o cuidado seria prestado de forma integral, centrado nas necessidades dos usuários^(42;67).

O cuidado, portanto, apresenta-se sendo prestado por e para um sujeito. A relação que se dá entre usuário e trabalhador de saúde, situar-se-ia, não como sujeito-objeto, mas como sujeito-sujeito. Nos processos de trabalho em saúde, o

cuidado não deveria fazer contraponto ao trabalho, mas sim compô-lo, originando um grande desafio para os seres humanos envolvidos ⁽¹⁰⁾.

Leonardi sugere, para encontrar o caminho que chamamos saúde, que o próprio cuidador amplie a visão de mundo e de homem a partir dele mesmo, por meio do desafio do encontro com outro ser humano, aceitando o outro, partilhando os valores humanos, nas relações e vivências mais profundas, e a partir delas, trocar as experiências, num ato de liberdade que torna cada indivíduo capaz de se fortalecer com o sentido e valor existencial da vida⁽⁹⁾.

O cuidado vai nos revelando, então, a face relacional, fazendo-se presente o diálogo e as emoções. Apesar de haver diversas crises e fatores externos que afetam o sistema de saúde, existe uma crise que comprometeria a nossa humanidade: seria a crise humana de valores, do esquecimento de como relacionar, do afeto, do amor e da solidariedade, submergidos do verdadeiro encontro entre seres humanos. A transformação e revisão profunda dos valores seria exigida para os profissionais de saúde e cuidadores, para que assim, haja a promoção de saúde para o outro^(2;9).

O cuidado de enfermagem foi marcado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a partir da década de 1970, por Wanda Horta. Essa teoria foi um divisor de águas no que se refere à assistência e à introdução, num primeiro momento, das teorias de enfermagem, e após, das teorias de enfermagem construídas por enfermeiros. Horta afirmava que a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano, enquanto integrante da equipe de saúde, ocupando-se “em manter o equilíbrio dinâmico, prevenir desequilíbrios e reverter desequilíbrios em equilíbrio do ser humano⁽⁵⁴⁾.

A autora defendia que a enfermagem deveria assistir o ser humano em suas necessidades básicas, mas mais do que isso, torná-lo independente dessa assistência através da educação, recuperando, mantendo e promovendo sua saúde, necessitando para isso, contar com a colaboração da equipe de saúde, o que faz-nos depreender da interface da Educação para a Saúde ao cuidado prestado; as faces educativa e assistencial da profissão. As necessidades humanas básicas são divididas, pela autora, em psicobiológicas, que envolvem oxigenação, hidratação, sono e repouso, abrigo, exercícios físicos, sexualidade, locomoção, terapêutica, entre outras; e as psicossociais, que envolvem por sua vez, entre outras, segurança,

amor, liberdade, comunicação, lazer, necessidades psíquicas (religiosa, ética ou de filosofia de vida)⁽⁵⁴⁾.

Esse jeito de assistir (ou de cuidar) lança um novo paradigma de assistência, que visualiza o ser humano de forma mais contextualizada, e portanto, integral, ao imbuirmos da percepção de todos os aspectos de constituição humana. A integralidade, portanto, para além da soma de aspectos técnicos das ações de saúde, no contexto do direito à saúde, depende do reconhecimento e da valorização do encontro, no convívio do ato cuidador ⁽⁶⁸⁾, configurando uma prática humana para humanos.

Para a formação dos profissionais de enfermagem, prerroga-se a valorização do exercício da crítica, da criatividade e da sensibilidade, devendo haver a escuta e o diálogo como elementos necessários ao cuidar, construindo relações de solidariedade e respeito mútuos, num aprendizado contínuo da capacidade de se colocar no lugar do outro ^(47;65).

O cuidado, tendo em seu cerne o contato direto entre os seres humanos, pressupõe o diálogo, a compreensão e todo um universo de percepções – relacionadas também à linguagem não verbal - por parte de usuário e profissional⁽⁶⁹⁾.

Esta situação coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, e assim também, diante de conflitos internos e frustrações. Esse complexo sistema de interações nas relações humanas, torna frequente as percepções de dor, prazer e sofrimento. Gutierrez e Ciampone afirmam que esse processo de interação é necessário, caso contrário, corre-se o risco de o profissional desenvolver mecanismos rígidos de defesa emocional, prejudicando-o nos âmbitos profissional e pessoal⁽⁷⁰⁾.

Elas ponderam também, que todo o processo do cuidado em si, traz grandes cargas emocionais, como a angústia, temores e sofrimento para o profissional de saúde, em particular para a equipe de enfermagem, seja pelo fato de haver um contato prolongado com o paciente, seja pelo contato com os familiares. Nesse sentido, o sofrimento psíquico está intimamente ligado, mesmo que não muito evidente, ao processo produtivo do profissional de enfermagem⁽⁷⁰⁾.

Algumas situações exigem do profissional de enfermagem a escuta, o envolvimento, a reflexão sobre a finitude do ser humano, o senso crítico e o acolhimento, para os quais, muitas vezes, ele não está preparado, tanto por motivos

de formação como de organização das práticas hospitalares, o que representa limitações no que diz respeito ao assunto humanização da assistência ^(64;70).

Oliveira et al., e Braz e Fernandes, apontam neste sentido que, em tempos que se destaca a humanização da assistência, torna-se imprescindível discutir os contextos e vivências do profissional de enfermagem, visando o aperfeiçoamento dos relacionamentos inter-pessoais e o cuidado mais sensível, visto que a qualidade da assistência de enfermagem estaria, essencialmente, atrelada à percepção de melhoria da qualidade de vida do paciente ^(43;71).

Paradoxalmente a essas tendências, que enfatizam as interrelações humanas com vistas à humanização em saúde, nas últimas décadas, foram feitos consideráveis investimentos em tecnologias no cuidado em saúde, que proporcionassem melhores condições de vida humana. Em muitos momentos, esse cuidado acabou resultando, sobremaneira, em um processo mais despersonalizado, especializado e fragmentado ^(50;72-73).

A dimensão cuidativa envolveria a interação de duas faces, a tecnologia e o humano, tornando exequível "... o cuidado solidário, individual e qualificado (...) à família e equipe de saúde...", ao associar conhecimento técnico-científico à intuição, ao afeto e ao respeito ao ser humano ^(51;74).

O cuidado estaria relacionado a uma atitude entre dois seres humanos, processando a intersubjetividade como norteadora, e colocando o ser humano como princípio da ação, de forma que o homem não seja subordinado à tecnologia, mas que o mesmo exerça controle sobre ela. O cuidar também envolve o sentimento, o respeito à dimensão existencial e a valorização à experiência de ambos ⁽⁷³⁾.

Há que se destacar que houve diversas reformas curriculares nos cursos de graduação em Enfermagem, com vistas à adequação aos sistemas educacional e de saúde brasileiros, entre os quais, os documentos do Ministério da Educação que orientaram o processo de reforma da educação superior no Brasil, na década de 90, como a Lei Federal nº 9131/1995, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Federal nº 9394/96), Parecer nº 776/97-CNE, Edital nº 04/1997-MEC, o Modelo de Enquadramento das Diretrizes Curriculares proposto pelo MEC e o Parecer nº 583/2001-CNE, os Relatórios e Anais dos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil Senadens (1º Senaden - Rio de Janeiro; 2º

Senaden - Florianópolis; 3º Senaden - Rio de Janeiro; 4º Senaden Fortaleza; 5º Senaden São Paulo; 6º Senaden Teresina; 7º Senaden Brasília; 8º Senaden Vitória, em 1994, 1997, 1998, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, respectivamente), além de outros documentos da Associação Brasileira de Enfermagem sobre a graduação em enfermagem, objetivando uma formação mais crítica, reflexiva e humanista⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾.

O uso de tecnologias leves como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a responsabilização e a gestão, configuram o compromisso e o desafio de concretizar um cotidiano mais humanizado na prática em saúde, por meio da construção mútua entre os sujeitos⁽⁴²⁾. Esses aspectos fazem parte dos processos gerenciais do enfermeiro, incidindo para esse profissional o mesmo compromisso e desafio, além de qualificar o cuidado de forma diferenciada, satisfazer os indivíduos e conseguir valorizá-los – trabalhadores e usuários – tornando-os colaboradores na concretização do cuidado⁽⁷⁷⁾.

A Educação para a Saúde exerce importante papel na dimensão cuidativa, visto que as ações educativas configuram-se como inovadoras diante das tecnologias de cuidado, gerando conscientização, autonomia e intencionalidade nas atitudes das pessoas envolvidas. A enfermagem, exercendo o papel educador atrelado ao assistencial, insere-se num cenário de exercício da cidadania, ao valorizar e reconhecer, no processo ensino-aprendizagem, a interdisciplinaridade (visto que o enfermeiro insere-se nos espaços entre a equipe, articulando os saberes formais, advindos da equipe multidisciplinar, aos saberes não-formais), a escuta das pessoas envolvidas e o respeito ao conhecimento que os sujeitos trazem⁽²⁴⁾.

Dessa forma, o enfermeiro pode trabalhar em tornar realidade a humanização, fazendo frente na busca por relações dialógicas que propiciem o respeito e o reconhecimento subjetivos, como as crenças, a linguagem, a religião, a cultura^(11;44).

O SUS encontra-se em fase de construção, onde novos temas transversais permeiam as práticas em saúde, destacando-se a humanização da assistência⁽⁵⁾. Enquanto processo de implantação na história da saúde pública do Brasil, tanto no campo das políticas de saúde como na macropolítica de reforma de Estado, o nosso sistema de saúde representou inovações e conquistas.

Entretanto, como desafio, destaca-se o investimento na política de recursos humanos, a fim de tornar as relações de trabalho mais democráticas, como a

inserção no serviço, o respeito aos direitos dos trabalhadores, a garantia de proteção social, e as melhorias na formação e qualificação profissional⁽⁷⁸⁾.

No que pese a esse desafio, neste estudo, aponta-se que se faz necessário e imprescindível que o enfermeiro desenvolva suas habilidades políticas, gerenciais e de liderança, com participação responsável e de forma interdisciplinar⁽⁷⁹⁾. Os enfermeiros estariam apresentando “fragilidade política”, se considerarmos a pouca participação nos espaços públicos, a dificuldade para exercer a liderança, o fraco vínculo frente à construção das políticas de saúde, legitimando políticas de saúde que podem favorecer ou não a consolidação do SUS⁽⁸⁰⁾.

Além disso, esse profissional muitas vezes exerce cargos intermediários na hierarquia administrativa, a autonomia geralmente é limitada e confusa, encarecida das práticas interdisciplinares. Esse quadro estaria fragilizando a qualidade do cuidado prestado^(77;79).

Novamente, destaca-se, de modo mais diretamente ligado ao exercício da profissão, o modelo biomédico de assistência que se encontra impregnado nos sistemas institucionais em que os enfermeiros atuam, levando os mesmos à sobrecarga de trabalho e à perda de autonomia profissional, colocando em xeque novamente a qualidade e objetivos do cuidado prestado, se propõe a dimensão curativa ou a de promoção da saúde. Muitas vezes, esse profissional desempenha poder técnico, entretanto exerce poder político de forma alienada, o que torna esse profissional subordinado até mesmo a outros profissionais de nível superior que atuam no mesmo local de trabalho⁽⁸¹⁾.

Isto porque a capacidade técnica da enfermagem estaria, diretamente, relacionada ao modelo biomédico na saúde. Faria frente a essa afirmativa, a questão da assistência fragmentada e da Política de Tecnologia desenvolvida no Brasil durante os anos de 1970 a 1990, com a produção de avanços importantes na área da saúde, em especial a industrialização, com o aparecimento da tecnologia pesada para a área hospitalar. Dessa tecnologia, houve a necessidade de qualificação técnica dos trabalhadores para o manejo adequado dos equipamentos sofisticados^(79;82).

Verifica-se, pois, que muitos questionamentos vem sido discutidos no que se refere ao cuidado que o enfermeiro e a equipe de enfermagem realizam.

3.4 Analisando a humanização em saúde

O assunto humanização configura-se, para nós, de maneira complexa, visto que uma reflexão um tanto quanto óbvia (porém difícil de ser teorizada ou mesmo colocada em prática), ou mesmo considerada um pleonasma, nos interpela: nossas ações são feitas por nós seres humanos, portanto, já não são ações humanizadas, pelos simples fato de o agente delas ser humano?

Ou, o que configuraria humanização em saúde não significa simplesmente o ato sendo realizado por seres humanos? Ou, então, enquanto “fazedores” dessas ações, não estaríamos agindo da forma esperada de um ser humano agir, com respeito à natureza humana e com respeito ao outro ser humano, nas suas diferenças? Por que a humanização em saúde é assunto tão atual, será que não estamos conseguindo corresponder a essa política? E se não estamos, por qual motivo, por não sabermos o que significa, ou por não exercê-la, na prática profissional em saúde? E se sabemos e não exercemos, por qual(is) motivo(s)?

E assim, procuramos por respostas ou reflexões que poderiam “saciar” nossas inquietações, que somente tentamos clarificar com a presente explanação mas, principalmente, com os resultados da presente investigação. Começamos com a forma mais primária que aprendemos na escola para saber sobre os sinônimos das palavras, através do dicionário. A palavra humano significa relativo ao homem. Homem: o ser humano; a espécie humana; a humanidade; o ser humano, com sua dualidade de corpo e de espírito, e as virtudes e fraquezas decorrentes desse estado; qualquer indivíduo pertencente à espécie animal que apresenta o maior grau de complexidade da escala evolutiva⁽²¹⁾.

A palavra humanizar significa tornar humano, dar condição humana, fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar, tornar benévolo, afável, tratável, humanar. A humanização como ato ou efeito de humanizar expressa uma ação de tornar humano, entendendo e respeitando-o em sua plenitude, como um animal que apresenta o maior grau de complexidade da escala evolutiva.

Partindo dessa pequena introdução, faz-se mister, agora, contextualizar a humanização e discutir a humanização em saúde. A humanização do SUS teve seu primeiro nome em 2001, denominado Programa Nacional de Assistência Hospitalar, quando o MS buscou implantar e ordenar as ações de modo que a atenção fosse

humanizada nos serviços de saúde. Este programa visou melhorar a qualidade do atendimento hospitalar e focou principalmente as relações entre usuários e profissionais da área da saúde. A partir de então, a humanização também avançou em outras instâncias do SUS, e o programa se transformou em 2003, em uma política denominada Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH)⁽⁸⁾.

A PNH enfoca as ações de humanização voltadas também para as demais instâncias da saúde, garantindo e efetivando o SUS, através da mudança dos modelos de atenção e gestão da saúde. Valoriza os usuários, trabalhadores e gestores como sujeitos implicados no processo de produção de saúde⁽⁶²⁾.

A PNH tem como princípios e diretrizes a Gestão Participativa e Co-gestão, o Acolhimento, Saúde e Trabalho, Direito dos Usuários, Clínica Ampliada, que servem como direcionamento da Política enquanto maneiras de operacionalizar o SUS.

Através desses conceitos e dispositivos, objetiva a mudança de paradigmas em três eixos, a saber: gestão, atenção e formação de profissionais. Essa política visa a reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações nas relações sociais, que se dão entre trabalhadores, gestores e usuários. Na gestão, busca-se o diálogo, linhas horizontalizadas, colegiadas, e democráticas quanto aos processos decisórios, co-responsabilizando gestores, trabalhadores e usuários, enquanto participação social⁽⁸³⁾.

Assim, a PNH coincide com os princípios do SUS. Enfoca a necessidade de assegurar atenção integral à população e a ampliação dos direitos e da condição de cidadania das pessoas. Busca, portanto, autonomia, solidariedade, transformação da realidade, co-responsabilização, vínculo e participação coletiva nos processos de gestão e produção de saúde, resgatando a cidadania dos sujeitos⁽⁸³⁾.

A PNH da Atenção e Gestão do SUS aposta que os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, a atenção e a gestão, a clínica e a política, a produção de saúde e a produção de subjetividade, são indissociáveis. E que tal política de atenção e gestão do SUS prerroga organizar os serviços e os modos de produção e circulação de poder de novas formas⁽⁸⁾.

A humanização em saúde é comentada por Deslandes não como um conceito, mas a partir de um entendimento dos formuladores da Política Nacional de Humanização, os quais apreendem a humanização como a valorização dos

diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, profissionais e gestores⁽⁶⁾. A humanização tem como valores norteadores da política, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde, a identificação das necessidades de saúde, a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, o compromisso com a ambiência, a melhoria das condições de trabalho e de atendimento^(8;84).

Benevides e Passos refletem que no campo da saúde, a humanização está relacionada a uma proposta ético-estético-política. Explicam que a proposta configura-se ética, porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética, porque ocasiona o processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; e política porque é referente à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS⁽⁵⁾.

Os autores discutem ainda que, a humanização é tomada, portanto, como uma estratégia de transformação de realidades e dos próprios sujeitos sociais, que mobilizados e engajados em práticas locais, acabam também por transforma-se a si próprios. E que, então, a humanização acaba por investir nessa concepção de humano, no qual os sujeitos interagem, sendo protagonistas, do processo de produção de saúde, objetivando, por meio da construção de políticas públicas de saúde, a melhoria da qualidade de vida dos usuários e na melhora das condições de trabalho dos profissionais. Surge outro desafio a fim de tornar realidade o cenário descrito: mudanças nos modos de fazer, de trabalhar e de produzir no campo da saúde⁽⁵⁾.

Destacam, neste íterim, que a passagem da política de governo para a política pública, do teórico ao real, exige uma associação com o coletivo, os movimentos sociais e as práticas cotidianas dos serviços de saúde⁽⁵⁾. Assim segundo Benevides e Passos:

Neste sentido, a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. Os termos postos aqui em contraste não podem ser entendidos como opostos, mas ligados numa relação de pressuposição recíproca. Se teoria e prática se distinguem, mas não se separam, somos levados, então, a inverter uma

afirmação do senso comum de que conhecemos, teorizamos, definimos conceitos para em seguida aplicá-los a uma realidade.(...)
Transformar os modos de construir as políticas públicas de saúde impõe o enfrentamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado pela lógica do especialismo e do que se supõe como especificidade da humanização em determinadas áreas.

A humanização não deve ser entendida como um princípio, mas como uma política pública de saúde, que tornam concretos, nas práticas de saúde, os princípios do SUS. Tarefa que se apresenta dupla, pois que a partir da produção de sujeitos, haja a produção de saúde. São apontadas as tecnologias relacionais para realizar as mudanças dos sujeitos, valorizando-os, com finalidade de se construir um sistema de saúde, inserindo a humanização como política transversal, sendo que esta, deve ser uma vertente do SUS, e não um significado de ficar fora ou ao lado dele⁽⁵⁾.

A política de humanização faz com que o SUS seja visto e incorporado sob a perspectiva de rede, ao criar e fortalecer a coletivização e a pactuação, consolidando o direito à saúde que a constituição brasileira conquistou. A partir disso, dever-se-ia democratizar as relações interpessoais, tendo-se como perspectiva o sujeito e sua história, e não mais o reducionismo do sujeito a objeto, ao desconsiderar as necessidades e desejos do outro⁽⁷⁾.

Com as propostas de humanização, o objetivo é valorizar as interrelações humanas, como um modo resistente à “superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana”. A “essência humana” estaria sujeita aos processos de mudanças imanentes à humanidade, de acordo com as épocas, com relação a valores como trabalho, socialidade, universalidade, consciência e liberdade⁽⁶⁸⁾.

Achamos conveniente, também, fazer referência a outros três termos, pois estão atrelados ao sentido da humanização, visto que incidem, de uma maneira ou de outra, sobre a natureza humana, podendo comprometer/influenciar a práxis em saúde. Procuramos apresentá-los sinteticamente.

Humanista é o homem definindo atitudes concretas diante da vida, como resultado de sua reflexão e conseqüentemente, a uma filosofia norteadora de sua existência. Portanto, inferimos uma postura concreta diante da vida do paciente. Humanitarismo é a benevolência, a sensibilidade de comover-se diante da dor e do sofrimento alheio. Humanidade é a via cultural de aproximação do conhecimento do homem, o que inclui suas grandezas, mas também suas misérias^(20:85).

Entretanto, o MS aponta que a humanização é colocada de forma fragmentada e imprecisa, ao ter seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou ao tecnicismo, atrelados à gestão pautada na racionalidade administrativa e na qualidade total. Muitas vezes, a humanização se apresenta de maneira dissociada de como o MS propõe, segmentada por áreas como a saúde da mulher, do idoso, da criança; por níveis de atenção como a assistência hospitalar, a atenção básica; atribuída apenas a algumas profissões como o psicólogo e o assistente social, ou a características de gênero, geralmente o sexo feminino; orientada por exigências de mercado para que o cliente seja focado ou seja garantida qualidade total nos serviços de saúde^(8;86-87).

Outro aspecto de relevância que o MS aponta é que, um dos aspectos que chama a atenção quando são feitas avaliações dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidarem com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a isso, observa-se a presença marcante de modelos de gestão centralizados e verticais, tornando inapropriado o próprio processo de trabalho na saúde, demandando a necessidade de mudanças de paradigma no que diz respeito à valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde⁽⁶²⁾.

A humanização tem sido inserida em políticas públicas de saúde, no sentido da valorização da saúde como direito do cidadão; denotando a necessidade de se investir no trabalhador, em sua formação, com valorização da dimensão subjetiva, no entendimento do ser humano, de seus conflitos, e na sua interação com o ambiente de trabalho e com os demais membros da equipe^(64-65;88).

Há de se destacar, contudo, que, ainda hoje, há a fragmentação do processo de trabalho, das relações interprofissionais, da rede assistencial; a burocratização e verticalização do sistema, a pouca qualificação dos trabalhadores, a formação dos profissionais de saúde distante da formulação da política pública de saúde e o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta, para citar alguns aspectos resultantes da desumanização, na relação com os usuários do serviço público de saúde^(43;62).

A enfermagem insere-se em um panorama complexo com relação à humanização, tanto no que diz respeito ao alcance de uma formação crítico-reflexiva, estando arraigados os pressupostos teóricos e pedagógicos progressistas,

que se configuram atualmente, na Educação para a Saúde; quanto a uma assistência que se caracterize integral^(4;34;47-48;89).

A obra de Freire é marcada por expressar a realidade e a dicotomia da relação opressor/oprimido e do processo de luta contra a opressão. Ao irmos de encontro ao marco teórico freireano, encontramos que humanizar significa a luta contra a opressão, opressão esta que não permite ao homem refletir sobre si mesmo, nem aos seus semelhantes e ao mundo, de maneira crítica. Desumanizar é tornar o ser humano próximo dos animais, que somente vivem pelo contato. A capacidade do homem de pensar, atuar e relacionar conscientemente, em sua realidade, é a característica que o diferencia dos animais. Além disso, faz-se mister termos a consciência da historicidade que permeia o ser humano e seus semelhantes, e sobre o mundo em que e com que vive⁽¹⁴⁾.

Neste ponto, destacamos que o enfermeiro, apesar de ter qualificação e status social, estaria situado no binômio opressor/oprimido. São opressores porque estariam imersos numa hierarquia do trabalho. Possuem status pelo conhecimento universitário, estando “acima” da equipe de enfermagem. Também reproduzem profissionalmente, o modo de produção; realizando procedimentos que, não raras vezes, fragmentam o olhar sobre o homem. Outras vezes, calam o conhecimento popular ao impor condutas e até mesmo atitudes para os usuários, reproduzindo atos advindos do chamado modelo hegemônico em saúde⁽⁴⁷⁾.

Ao mesmo tempo, seriam oprimidos com relação ao modelo médico dominante, o qual pressupõe e busca somente a cura e o cuidado em partes. Também são oprimidos como mão-de-obra em um mundo do trabalho em transformação, em plena reestruturação produtiva do capital, o que influencia diretamente nos processos de trabalho. Denota-se a partir dessa opressão, um despreparo para uma percepção complexa do usuário, que considere a cidadania, a dignidade, a natureza humana (“maior grau de complexidade da escala evolutiva”)⁵⁴ resultante do misto entre fatores psicobiológicos e psicossociais^(47;54).

Paulo Freire refletiu que a técnica e a tecnologia têm sua importância, entretanto elas não deveriam sobrepor o homem, sobreposição essa que se daria por meio da ação profissional irrefletida: “(...) escravidão às técnicas, que, sendo elaboradas pelos homens, são suas escravas e não suas senhoras”⁽¹⁴⁾. Desse modo peculiar de se trabalhar a mercê da técnica e da tecnologia, o autor ainda comenta a

não consideração do contexto histórico-social. Não haveria, portanto, a consideração de que os profissionais de saúde são seres humanos que cuidam de outros seres humanos, inseridos num cenário de luta política diária pelo resgate da cidadania, sendo agentes de transformação social, e estão, deveras, imersos na objetividade e subjetividade da realidade⁽¹⁴⁾.

A humanização, também vislumbrada quando oferecido atendimento de qualidade, englobaria não somente esse aspecto, mas também a melhoria das condições de trabalho para os profissionais. O bom relacionamento do binômio profissional/usuário, seria favorecido pelos avanços tecnológicos, que dariam melhores condições de operacionalidade do trabalho em saúde⁽⁸⁹⁾.

Contudo, alguns autores, recentemente, discorrem para além da definição de que a humanização do atendimento em saúde contemple apenas a melhora do cuidado do ponto de vista técnico, o reconhecimento dos direitos do paciente e da valorização do profissional de saúde. A humanização estaria associada intimamente, à qualidade da comunicação e das relações estabelecidas entre os profissionais, que poderiam ser aprimoradas ao se criar espaços coletivos nas instituições, de encontro e reflexão. Eles ainda refletem que, se o “fazer em ato”, ou a prática propriamente dita não for incorporada nas práticas clínicas, a humanização pode ser banalizada^(6;90).

A comunicação, portanto, é apontada cada vez mais, como um dos fatores apontados na literatura que promovem a humanização. A capacidade de falar e de ouvir viabilizam as relações e interações humanas, no sentido de que se dá espaço ao conhecimento e compreensão do outro, de forma que seja expresso o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer, para que sejam reconhecidas, e para que esse sujeito necessite ouvir do outro palavras de seu reconhecimento, quando assim se dá uma relação humanizada⁽⁴³⁾.

A compreensão, através do diálogo, leva ao estabelecimento de metas conjuntas que propiciam o bem-estar recíproco. Nesse contexto, conforme apontamos, torna-se cada vez mais necessário para o enfermeiro desenvolver as habilidades de gerência e de liderança que enfocam o uso de tecnologias leves (chamadas também, relacionais), pois que humanização implica dar espaço tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais de saúde, de forma que uma rede de diálogo seja formada para que sejam promovidas ações, programas e

políticas assistenciais, estabelecendo-se relações de respeito, ética, solidariedade e reconhecimento, mútuos^(43;46;62).

Neste sentido, compartilhamos com Moretti-Pires, e baseamo-nos nos pressupostos freireanos acerca da humanização, pois prescindem o que o SUS propõe, fundamentando a assistência em saúde, de modo integral. O universo conceitual freireano abarca, porém ultrapassa a teoria intelectual acadêmica e se situa bem próximo da realidade vivida e do homem que dela faz parte⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

No presente, também pautamo-nos no marco teórico freireano quando tentamos resgatar a questão de trabalhar a humanização ligada ao profissional de saúde, em específico do enfermeiro, pois que é um profissional, mas enquanto ser humano, imerso em uma realidade social, modula e é modulado por esta⁽¹¹⁾.

Ademais, como colocamos anteriormente, ao discutirmos sobre a contribuição do trabalhador de saúde, e em específico, neste estudo, falamos do profissional enfermeiro, em auxiliar na inserção da humanização nas políticas públicas de saúde, e mais do que isso, na práxis cotidiana dos serviços, não poderíamos deixar de contextualizar a formação profissional.

O MS aponta que atualmente é colocada em discussão a formação do trabalhador de saúde, especificamente em enfermagem, que dê conta de propiciar o desenvolvimento de competências que possam tornar realidade uma assistência que contemple o homem em sua integralidade, complexidade e singularidade, fundamental para uma assistência humanizada. São valorizadas as dimensões éticas e humanísticas da formação, que busquem a cidadania, o respeito e a solidariedade, para que sejam construídos valores humanos que resultem em uma prática integral em saúde^(62;91).

Com o intuito de subsidiar nossas discussões acerca de assunto que achamos tão complexo que é a formação do enfermeiro, debruçamo-nos, na presente investigação, sobre o universo conceitual freireano, que propõe que a Educação seja a ferramenta essencial de transformação da realidade, pois busca desenvolver a criatividade e a conscientização ou o pensamento crítico-social implicado no processo de solução de problemas. “Em todo homem existe um ímpeto criador. (...) A educação é mais autêntica quanto mais se desenvolve este ímpeto ontológico de criar”⁽¹¹⁾.

Isto posto, o universo teórico freireano é marcado pela emancipação dos sujeitos por meio da pedagogia progressista, em que pauta-se na transformação da realidade que circunda educadores e educandos e desenvolvimento de conscientização/pensamento crítico-social, e o educador é figura de orientação de um processo ensino-aprendizagem o qual pressupõe co-participação de todos (educadores e educandos), em processo ativo de ensinar e aprender⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

Com relação aos modelos pedagógicos adotados na formação dos enfermeiros, dados recentes da literatura apontam um grande resquício da educação tradicional, demonstrada pela valorização da transmissão de conteúdos e das relações verticalizadas e sem dialogicidade entre professores e alunos. A metodologia de ensino utilizada para o curso superior de enfermagem, muitas vezes, é exercida de forma autoritária e conservadora, pautada no positivismo e na competência técnica, formando enfermeiros com perfis profissionais semelhantes ao modelo pedagógico adotado. Entretanto, na atualidade, a situação educativa dos enfermeiros passa por uma crise paradigmática, onde busca-se uma pedagogia transformadora, baseada nos princípios humanísticos^(4;48).

A necessidade de mudanças relacionadas às condutas pedagógicas em saúde, advêm de emergentes discussões acerca do modelo biomédico hegemônico. As diferentes concepções pedagógicas implicam diretamente, no desenvolvimento da personalidade dos estudantes - futuros profissionais. Uma postura didático-pedagógica que favoreça maior abertura, de forma emancipatória, crítico-reflexiva e democrática, em detrimento da que privilegia aspectos tradicionalistas, autoritários, fragmentados, paternalistas e dominantes, podem implicar em uma liderança mais ativa, libertadora, progressista, humanista, criativa, cooperativa, construtivista, articulada e reflexiva, fazendo com que o profissional enfermeiro nos serviços de saúde, exerça grande influência, em busca de uma assistência mais humanizada, contextualizada, ética e solidária, propiciando assim, participação e decisão conjuntas entre profissionais e usuários. Há que se vislumbrar o indivíduo integralmente, em busca da melhoria da qualidade de vida e no exercício pleno da cidadania^(4;20).

Esse intento de se atingir a assistência integral ao indivíduo, família ou comunidade, passa pela formação humanista atrelada a todo o contexto da humanização em saúde.

Dois estudos realizaram um levantamento bibliográfico sobre o tema humanização em saúde/enfermagem, e demonstraram que não há muitos artigos destinados ao contexto do ensino do tema em enfermagem. Nos poucos achados, valorizaram a importância de analisar o processo ensino-aprendizagem, sugerindo mudanças na grade curricular, dando destaque às Ciências Sociais e Humanísticas em relação às Físicas e Biológicas. As matérias humanísticas foram apontadas como contribuição na busca por novas abordagens em saúde^(65;92).

Em 2006, em documento sobre a implantação da PNH, o MS reconhece como um dos desafios a inclusão dos princípios e diretrizes da política nos cursos de graduação e especialização na área da saúde⁽⁹¹⁾. No entanto, verificou-se que o ensino sobre a humanização em saúde ainda é incipiente e precisa ser aperfeiçoado, seja nos aspectos de interface da práxis profissional cotidiana contextualizada aos pressupostos do SUS, seja com relação à inclusão de disciplinas ou da transdisciplinaridade de matérias humanísticas e sociais que incitem no aluno o desenvolvimento de posturas humanas, éticas e pensamento crítico com relação à realidade de trabalho⁽⁹²⁾.

3.5 Compreendendo a humanização e o olhar crítico-social freireano

Durante a explanação do referencial teórico do presente, procuramos demonstrar em alguns trechos do texto, a aproximação do marco teórico freireano à temática proposta por este estudo. Nas próximas linhas, procuramos pontuar, sinteticamente, algumas bases conceituais que interpretamos ir de encontro à construção desta investigação.

A nossa opção pelos pressupostos oriundos do universo conceitual freireano para a construção deste estudo ocorreu pela percepção de que a obra de Paulo Freire ultrapassa a teorização acadêmica, pois que se coloca em grande proximidade com a dinâmica da realidade, a historicidade e os contextos onde o homem está inserido, os quais ele convive e pode transformar: “modula e é modulado”⁽¹¹⁾.

Paulo Freire, apesar de falecido, ainda hoje, figura-se como um autor de reconhecimento internacional, principalmente, na área de Educação, especialmente nas teorias sobre a alfabetização, nas quais atribui importante significado, que vai

além do aprender a ler e escrever, mas de desenvolver no homem o pensamento crítico sobre o mundo em que está inserido⁽¹¹⁾.

Freire dizia que tinha uma maneira própria de pensar. Recebeu influência de autores como Marx, Lukacs, Sartre, Mounier, Albert Memmi, Erich Fromm, Frantz Fanon, Merleau-Ponty, Antonio Gramsci, Karel Kosik, Marcuse, Agnes Heller, Simone Weill e Almicar Cabral, e de doutrinas e correntes filosóficas, como o marxismo, o existencialismo, o personalismo e a fenomenologia, que marcaram sua obra⁽⁴⁶⁾.

A obra de Freire é marcada pela dicotomia opressor/oprimido e pela luta à opressão, mas sempre a partir do respeito e da consideração pelo ser humano/oprimido que passa a ter voz nessa luta. Dessa forma, aproxima-se ao contexto de humanização que o M.S. prerroga⁽⁶²⁾.

Como apontamos anteriormente, o enfermeiro e mesmo outros profissionais de saúde, ora são opressores, ora são oprimidos. Desse contexto, percebemos a aproximação do marco teórico de Freire com este estudo, que permitiu sua condução. Ainda que nos limitemos a aproveitar somente os aspectos do universo teórico-conceitual freireano relacionados à temática desta investigação, omitindo diversos outros do marco freireano, tão complexo e tão atual.

O foco da teorização de Freire é, em sua essência, o homem. Contextualiza-o como ser pensante e ativo, e insere a educação enquanto ato político, instrumento da democracia e enquanto forma de se atingir a percepção crítica da realidade. “O homem deve ser sujeito de sua própria educação. Não pode ser objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém.”, “ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”⁽¹¹⁾.

A educação é concebida como um espaço para a transformação da sociedade, porém, Freire faz a ressalva de que não é a educação por si só que faz mudança, mas (mudança) por meio da emancipação do homem enquanto ser inacabado e cidadão: “Não é a educação que forma a sociedade de uma certa maneira, mas a sociedade que, formando-se de certa maneira, constitui a educação de acordo com os valores que a norteiam”⁽¹³⁾.

Freire também propõe à educação um caráter permanente, que permita ao homem produzir constantes transformações na realidade que o cerca, e faz

referência à criatividade, e não à transmissão de conhecimentos. “O homem, por ser inacabado, incompleto, não sabe de maneira absoluta”⁽¹⁴⁾.

Freire destaca a concepção de homem enquanto ser inacabado, com capacidade de transformar a si e a sociedade em que está inserido, residindo aí, o processo da educação como âncora desse inacabamento⁽¹¹⁾. A Educação somente promove o desenvolvimento se se considerar o cotidiano da vida, e nele, os elementos que constroem a relação entre o sujeito e o mundo, como o contexto social, cultural, espiritual, econômico e político⁽⁹³⁻⁹⁴⁾.

O conceito de educação, em Freire, aproxima-se com a temática deste estudo, no que tange à Educação para a Saúde, pois ele faz referência aos modelos pedagógicos tradicional e progressista, que discorremos no marco teórico. Assim, a educação bancária é caracterizada por: “Narração de conteúdos que, por isto mesmo, tendem a petrificar-se ou a fazer-se algo quase morto, sejam valores ou dimensões concretas da realidade. Narração ou dissertação que implica um sujeito – o narrador – e os objetos pacientes, ouvintes – os educandos.”⁽¹¹⁾.

Ainda: “Na visão bancária da educação, o ‘saber’ é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância”.

A educação bancária é vista por Freire como “o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos”, e atribui esse modelo pedagógico como forma de reproduzir a opressão do modo de produção capitalista, que silencia a capacidade de reflexão sobre os homens e o mundo: “refletindo a sociedade opressora, sendo dimensão da ‘cultura do silêncio’, a ‘educação bancária’ mantém e estimula a contradição”. Assim, mantém silenciosos os homens, desestimula o diálogo e a criticidade, quanto às suas condições, as de seus semelhantes e do mundo com que vivem^(11-18;93-94).

Ao contrário, “a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir ‘conhecimentos’ e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação ‘bancária’”⁽¹¹⁾. Na educação problematizadora, Freire enfatiza a dialogicidade sendo essência da educação como prática da liberdade. Associa a educação à humanização: “Existir humanamente é *pronunciar* o mundo, é modificá-lo. O mundo *pronunciado*, por sua

vez, se volta problematizado aos sujeitos *pronunciantes*, a exigir deles novo *pronunciar*".

"Os oprimidos que se 'formam' no amor à morte, que caracteriza o clima da opressão, devem encontrar, na sua luta, o caminho do amor à vida, que não está apenas no comer mais, se bem que o implique também e dele não possa prescindir." E: "É como homens que os oprimidos têm de lutar e não como 'coisas'. É precisamente porque reduzidos a quase 'coisas', na relação de opressão em que estão, que se encontram destruídos". "Não há outro caminho senão o da prática de uma pedagogia humanizadora, em que a liderança revolucionária, em lugar de se sobrepor aos oprimidos e continuar mantendo-os como quase 'coisas', com eles estabelece uma relação dialógica permanente."

Freire dá um caráter especial ao diálogo, que tem a função de interligar os homens entre si e também com o mundo: "Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão". "O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para *pronunciá-lo*, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu". Declara que o diálogo deve ser horizontalizado: "Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz uma relação horizontal, em que a *confiança* de um pólo no outro é consequência óbvia"⁽¹¹⁾.

A educação conscientizadora, crítica e transformadora diante da realidade, deveria se colocar como elemento essencial no resgate da cidadania, da ética e da solidariedade, que ultrapasse a função exclusiva de produtividade e economia, em um mundo que passa por profunda crise ética e moral⁽¹¹⁻¹⁸⁾. A fome, a miséria, a degradação do meio ambiente, a xenofobia, as guerras, entre outras realidades, (des)construídas por um tipo de sociedade do conhecimento e da comunicação, ameaça a essência e as relações humanas. Boff, neste sentido, afirma⁽¹⁰⁾:

Porventura, (a sociedade) não descartou as pessoas concretas com as feições de seus rostos, com o desenho de suas mãos, com a irradiação de sua presença, com suas biografias marcadas por buscas, lutas, perplexidades, fracassos e conquistas? Não colocou sob suspeita e até difamou como obstáculo ao conhecimento objetivo, o cuidado, a sensibilidade e o enternecimento, realidades tão necessárias sem as quais ninguém vive e sobrevive com sentido? (Boff, 1999, p. 12)

Portanto, Freire, conceitua de forma integral a natureza do ser humano, no contexto do processo pedagógico, como um “ser da práxis, da ação e da reflexão”^(11;18). É considerada, assim, a existência de interrelações, entre os sujeitos, e entre o sujeito e o mundo. Como ser inserido nesse mundo, pode influenciar nos cotidianos, no social e no político, sobremaneira, através da educação dialógica, criativa, democrática e crítica, contrapondo-se aos processos pedagógicos autoritários, verticalizados e paternalistas.

3.6 Trabalhando a Educação para a Saúde, o cuidado e a humanização na Enfermagem

Enquanto profissão da área da saúde, a enfermagem é ancorada no processo do cuidado prestado a pessoas. Horta introduz e firma a teoria de se prestar uma assistência de enfermagem integral, no sentido de focar as necessidades humanas básicas, pois estas englobam mais do que os aspectos biológicos do ser humano, abarcando as necessidades psicobiológicas e as psicossociais⁽⁵⁴⁾. Além disso, segundo a autora, o enfermeiro deve assistir o ser humano visando a recuperação, a manutenção e a promoção da saúde, através da cooperação entre toda a equipe de saúde⁽⁵⁴⁾.

Verificamos, pois, sob esse enfoque, que a enfermagem insere-se no cenário de mudanças de paradigmas na atenção à saúde que vem sendo discutidas na atualidade, mudanças estas que enfocariam a saúde, o ser humano e o meio onde vive, contrapondo o modelo predominante de assistência que enfoca o aspecto biológico do ser humano, a medicalização e a cura de doenças^(47;52;76).

Ao mesmo tempo, demanda mudanças nos paradigmas das ações educativas em saúde, com vistas ao trabalho integrado na equipe multiprofissional e o foco na promoção da saúde e nas necessidades do usuário, enfatizando as trocas de experiências e de conhecimentos na produção da saúde, entre gestores, usuários e profissionais, contrapondo um modelo de educação em saúde ainda vigente, voltado para a doença. Esse modelo educativo em saúde também caracteriza-se como verticalizado e autoritário, pois é focado no profissional enquanto detentor do conhecimento; e fragmentado, no sentido de pregar padrões de vida saudáveis e de compreender o ser humano, bem como a assistência, em partes^(5-6;29;47).

Neste panorama, o SUS busca a operacionalização dos princípios e diretrizes, com vistas a conquista de uma saúde mais digna para todos, de forma cidadã. Propõe a política de humanização como norteadora da prática em saúde. Para isso, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação trabalham na busca por uma formação diferenciada que incentive o diálogo, a troca de conhecimentos de forma democrática, a criatividade e o exercício da crítica, e que resulte profissionais de saúde mais sensíveis aos aspectos humanos, como as emoções, os sentimentos, as crenças, os mitos e o meio social onde vive⁽⁶²⁾.

As tecnologias leves, neste sentido, assumem papel importante, pois elas alicerçam uma produção de saúde centrada nas relações humanas, nas quais afiguram-se a escuta dos usuários, a atenção à linguagem não verbal, a troca de vivências e a valorização de todos os envolvidos neste processo.

Ao enfermeiro, enquanto profissional do cuidado, que visa a prestação de uma assistência mais humanizada, aliando conhecimento científico ao acolhimento e respeito ao ser humano^(5;74), faz-se necessário o aprimoramento dos relacionamentos interpessoais e a utilização das tecnologias leves, visto que esses aspectos fazem parte dos processos gerenciais desse profissional, entendendo que o enfermeiro exerce função de liderança na equipe de enfermagem, e muitas vezes, na unidade de saúde^(44;78;81).

Por todos as angulações refletidas, entendemos a pertinência de pesquisar acerca da temática proposta, tendo em vista a política de humanização, o cuidado e o universo conceitual freireano como norteadores da abordagem do presente estudo.

4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A pesquisa de natureza **qualitativa**, aqui, é mediatizada pela **pesquisa-ação** (o que permite levantar problemas sobre a temática central e desenvolver ação educativa para instrumentalização dos enfermeiros, criando subsídios para resolução do problema).

Na análise qualitativa, é possível buscar o significado mais profundo do objeto de estudo, permitindo compreensão daquilo que se pretende investigar. É concebida como sendo um empreendimento mais abrangente e multidimensional, podendo haver variedade de procedimentos metodológicos e de concepções que estão sendo desenvolvidas nos últimos tempos, para satisfazer os aspectos qualitativos dos dados encontrados. A forma pela qual os dados são coletados, se faz através da comunicação entre os sujeitos pesquisados. O tratamento dos achados é feito pela interpretação^(20;95).

No presente, buscamos aproximação teórico-conceitual e metodológica em Freire, educador/pesquisador que procurou unir o ensino e a aprendizagem com a realidade vivenciada, além da teoria com a prática educativa.

Portanto, procuramos incentivar a construção do conhecimento em torno da temática proposta, e analisamos os condicionantes sociais, políticos e econômicos que determinam as ações na enfermagem, mas também considerando a historicidade dos participantes e problematizando as situações existenciais que interferem na realidade do estudo.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo, responde a questões particulares, sendo que, ela trabalha com significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou com níveis de realidade que nem sempre pode ser quantificado. O estudo qualitativo preocupa-se mais com a intensidade dos temas do que com a extensão dos fenômenos. Sendo de caráter compreensivo, prioriza o significado atribuído às coisas e a intencionalidade da ação, características que são inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais⁽⁹⁶⁾.

Este tipo de pesquisa vem sendo discutida dentro de uma visão humanista, preocupando-se com os indivíduos e seu ambiente, em toda a sua complexidade, sem qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador⁽⁹⁶⁾.

Ainda, segundo Demo, devido a pesquisa qualitativa objetivar não apenas a compreendê-los mas também a explicá-los, portanto, para compreender um

fenômeno social, é necessário que haja um contato interno e convivência com a realidade na qual se insere tal fenômeno⁽⁹⁵⁾. Depreende-se disso, que qualquer que seja a escolha da metodologia a ser adotada na pesquisa, ela deve seguir alguns princípios que a torne confiável do ponto de vista científico, pois que uma pesquisa que seja conduzida de forma que não respeite a cientificidade dos fatos, pode ser enquadrada como capciosa.

A pesquisa-ação tem sido cada vez mais utilizada em pesquisas, e na área da saúde, tem se demonstrado cada vez mais sua utilização, devido em parte, ser um tipo de metodologia que associa técnicas de pesquisa das ciências humanas e sociais, com vistas à transformação da realidade, unindo o saber técnico-científico das duas áreas (saúde e social)^(19-20;97).

Das leituras desses e de outros autores com relação a esse tipo de metodologia, podemos inferir que o argumento de que um tipo de pesquisa seja melhor do que outra, torna-se uma falácia. A validade científica de qualquer tipo de pesquisa, seja ela quantitativa ou qualitativa, e seja qual for o método escolhido, depende, deveras, da forma como ela é conduzida, pois deve-se sempre seguir e respeitar os pressupostos científicos que são colocados na pesquisa e no método escolhidos^(19-20;93).

Como característica peculiar, a pesquisa-ação constitui uma modalidade investigativa que apresenta procedimentos metodológicos mais flexíveis, ajustando-se continuamente aos acontecimentos, configurando-se uma intervenção educativa, havendo o retorno dos resultados aos pesquisandos, concomitantemente ao desenrolar da pesquisa. Enquanto metodologia de cunho social, humanístico e educativo, a pesquisa-ação não estaria situada apenas nos limites de propor uma ação em si para transformar a realidade estudada, mas, sobretudo, proporciona o aumento do nível de conhecimento e a conscientização, além da auto-avaliação contínua, de todos os participantes, inclusive dos pesquisadores⁽¹⁹⁾.

Ao discutir sobre o papel da universidade em tempos de pós-modernidade, Santos e Bueno sugerem inserir, na universidade, a pesquisa-ação enquanto método de pesquisa, de forma a haver maior interação entre sociedade e universidade, maior regionalização de conhecimentos, no que diz respeito ao ser sensível e corresponder às necessidades sociais, resultando assim, em construção

de conhecimento e transformação de realidade local^(20;39;98). Ou, tal como refere Santos (2008), “enfrentar o novo com o novo”⁽⁹⁸⁾.

Na metodologia da pesquisa-ação, existe a interação ampla e clara entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada, havendo o aspecto de intervenção direta no problema, resultando-se na organização de prioridade de problemas e suas respectivas soluções sob forma de ação concreta. O(s) problema(s) a ser(em) solucionado(s) torna(m)-se o(s) objeto(s) de estudo, havendo a necessidade da participação das pessoas implicadas nos problemas investigados. Assim sendo, a pesquisa-ação diz respeito à ação conjunta entre pesquisador e pesquisado^(19;39;99). Desta forma, a intervenção educativa na pesquisa-ação não se delimita apenas na ação propriamente dita, mas propõe-se a aumentar o nível de conhecimento e conscientização dos pesquisados e envolvidos^(19;100).

De acordo com Tripp, a pesquisa-ação constitui-se como um dos tipos de investigação-ação. Este é um termo genérico para explicar qualquer processo que siga um ciclo de aprimoramento da prática pela oscilação sistemática entre a ação, no campo da prática, e a investigação a respeito dela. A solução de problemas tem início com identificação das dificuldades encontrados, seguido pelo planejamento de uma saída, sua implementação, seu monitoramento e a avaliação de sua eficácia⁽⁹⁹⁾.

O mesmo autor apresenta algumas diferenças básicas entre prática, pesquisa científica e pesquisa-ação. Uma delas é que, embora a pesquisa-ação tenda a ser pragmática, ela se distingue da prática, e embora seja pesquisa, também se distingue claramente da pesquisa científica tradicional, porque a pesquisa-ação, concomitantemente, altera o que está sendo pesquisado e é limitada pelo contexto e pela ética da prática.

Ainda segundo o autor, o conhecimento obtido na pesquisa-ação destina-se a ser compartilhado com outros na mesma organização ou profissão, simplesmente porque os efeitos da prática de um indivíduo isolado sobre uma organização nunca se limitam somente àquele indivíduo. Faz-se mister, então, a reflexão como característica arraigada ao ciclo da investigação-ação citado, e não como uma fase distinta dele.

Portanto, trata-se de um estudo baseado na abordagem educativa crítico-social, privilegiando a educação problematizadora. E tem como destaque, o referencial teórico fundamentado no educador Paulo Freire. Há, nesta abordagem, o

aspecto de intervenção educativa. A pesquisa, pressupondo ser participativa, favorece as discussões e a produção cooperativa de conhecimentos específicos sobre a realidade vivida. Assim, deve firmar-se como um ato político, uma proposta de atuação transformadora⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

Este tipo de abordagem educacional trata do aspecto sócio-político-cultural, enfatizado na cultura popular, no contexto de um povo. Parte sempre do que é inerente aos povos, sobretudo do que as pessoas assimilarem dos valores apropriados a certa camada da população. É uma abordagem de interação horizontalizada entre os homens, mas havendo também a interação com o mundo e os objetos, com ênfase no sujeito-pesquisado como elaborador e criador do conhecimento, sujeito de sua práxis. Não é suficiente apenas a procura do conhecimento da realidade; na pesquisa-ação, o participante é conduzido num processo em que ele próprio se torna o sujeito dessa produção de conhecimento.

Logo, a pesquisa-ação constitui-se como uma metodologia que visa a ação educativa: como condição *sine qua non*, promove a conscientização ou o conhecimento da consciência, bem como a capacidade de transformação da realidade pelos sujeitos da pesquisa. Nesta metodologia, é pertinente o pensamento construtivista, onde os valores/conscientização são construídos através da reflexão das realidades interna e externa do problema identificado, incorporando-se um real desejo de mudança⁽¹¹⁾.

A pesquisa qualitativa resgata, portanto, o método da pesquisa-ação, pois que por meio da observação participante e da entrevista como técnicas de coleta de dados, há possibilidade de variedade de instrumentos disponibilizados para o levantamento e análise qualitativa (podendo haver também, a quantitativa como complemento) dos resultados colhidos a partir das falas emitidas pelos pesquisandos. Possibilita ainda, o desenvolvimento de ações educativas conjuntas para a transformação⁽²⁰⁾.

A educação problematizadora caracteriza-se pela inserção crítica e reflexiva do homem na realidade, havendo como finalidade a troca de experiências, o diálogo, o questionamento, a transformação social, a individualização e a humanização, sendo também chamada de educação conscientizadora. São utilizadas experiências cotidianas dos aprendizes, objetivando a compreensão, a mudança de atitudes e comportamento acerca de determinado assunto através de um ponto de vista crítico,

e não somente à simples compreensão de conceitos, em uma relação em que o diálogo e a participação são prezados. Logo, faz-se mister, dentro do exercício metodológico da pesquisa-ação, o conhecimento da cultura da região/local dos grupos pesquisados^(11;17;20).

Como princípio ético desta metodologia, consta a socialização dos resultados obtidos. A informação, ou produção de conhecimento, é devolvida ao grupo pesquisado, de onde surgiram os problemas identificados, através da linguagem e forma cultural daquele ambiente. O grupo pesquisado passa a estabelecer o controle do trabalho e estabelece-se a acessibilidade das técnicas de pesquisa pelo grupo. O ritmo da ação-reflexão do trabalho é mantido por um esforço consciente acerca da transformação da realidade⁽⁹⁹⁾.

Segundo Cyrino e Toralles-Pereira, a **problematização** requer do facilitador uma mudança de atitude para o exercício de um trabalho reflexivo com o aprendiz. E o conteúdo, deve estar sempre se renovando e ampliando de uma maneira crítica, inserido numa realidade em constante transformação. Assim, o facilitador fica diante de situações imprevistas, novas e até mesmo desconhecidas, fazendo com que facilitador e aprendiz construam juntos o processo de conhecimento, em uma relação de ação-reflexão-ação. Nota-se, assim, a ruptura com a forma tradicional de ensino-aprendizagem, estimulando a participação na experiência e a reorganização da relação teoria e prática⁽¹⁰¹⁾.

O método da pesquisa-ação estimula a participação das pessoas envolvidas na pesquisa e abre o seu universo de respostas, perpassando pelas condições de vida e de trabalho de um determinado grupo pesquisado. Assim: problematizar é partir da realidade concreta do sujeito e criar o conflito cognitivo ou uma situação em que este sujeito possa dar seu referencial cognitivo, identificar o que precisa ser mudado na realidade observada e buscar os conhecimentos necessários para a intervenção.

4.1 Metodologia da pesquisa em foco

4.1.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, identificada aqui, como estudo descritivo-exploratório, mediatizado pela pesquisa-ação, visando atender aos objetivos em questão.

Com a pretensão de compreender e incentivar a construção de novos paradigmas na Educação para a Saúde e na humanização, tornando-os realidade no cuidado prestado e no processo de trabalho dos profissionais, consideramos que o processo investigativo mais adequado para o presente estudo fosse por meio de uma metodologia que envolvesse de forma articulada, a identificação de problemas e ação educativa, o que possibilitasse o exercício da pesquisa-ação. Então, tivemos por base o universo conceitual de Freire, que permitiu possuir como pano de fundo, uma proposta pedagógica libertadora, conscientizadora e transformadora.

Essa proposta pedagógica pode ser delineada como uma pesquisa qualitativa, cujo intuito é o de transformação política da realidade, e de os participantes se envolverem, conscientemente, no processo de produção de conhecimento. Há a interrelação entre os sujeitos e saberes envolvidos, numa prática social, em que respeitam-se as falas, as opiniões e os interesses dos participantes.

Ressalte-se que ambos, tanto a pesquisa qualitativa quanto o pensamento freireano, preocupam-se com o desvelamento da realidade social. Isto permite que a imaginação, as opiniões e a criatividade dos participantes, que vivem em um determinado meio social, porém, cada um possuindo sua própria história de vida – afigurando-se diferente entre eles, revelem o que supõe-se oculto. A pesquisa qualitativa e o pensamento de Freire propõem a aproximação entre o que mais comumente é denominado *sujeito* e *objeto*. Já no universo conceitual freireano, essa denominação é referida como de *educador/pesquisador* e *educando/pesquisando*, e a empatia e a motivação envolvendo a relação entre eles, fazendo, portanto, com que se concretizem as ações⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

Assim, por meio de uma relação dialógica e horizontalizada, entre pesquisador e pesquisandos, mediatizada pela pesquisa-ação, procuramos buscar a identificação das inquietações dos participantes que culminaram com os temas propostos, através da categorização, permitindo assim, a ação educativa para a transformação da realidade pesquisada.

4.1.2 Participantes da pesquisa

Um importante aspecto a ser pontuado, é que para desenvolver essa pesquisa, não nos baseamos no critério numérico ou de amostragem para assegurar a representatividade dos participantes escolhidos. Nossa preocupação centrou-se em apreender os significados atribuídos pelos profissionais à temática desta investigação, considerando os últimos como agentes que contribuem diariamente na prática e consolidação do nosso sistema de saúde. Desse modo, a efetividade da intenção foi convidar todos os enfermeiros assistenciais alocados na rede pública do município de Guaíra, estado de São Paulo, sendo que assim, consideramos significativa a totalidade da constituição dos participantes, nos termos de nossa pesquisa.

No presente estudo usamos os termos pesquisandos ou participantes, visando a denotar maior proximidade com as pessoas pesquisadas, de maneira a nunca deixar de considerar os participantes como seres humanos.

Esse município conta com um ambulatório de Saúde Mental, que não há enfermeiro; nove unidades de Saúde da Família e um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), tendo 1 enfermeiro em cada unidade; um ambulatório de especialidades médicas e regulação de casos encaminhados, tendo 1 enfermeiro responsável; uma unidade básica de saúde, com 2 enfermeiros e um pronto-socorro, com 2 enfermeiros também.

Portanto, 12 enfermeiros participaram deste estudo. Somente a profissional da unidade básica de saúde e uma do pronto-socorro não participaram (a primeira não aceitou participar, e a última por motivo de doença no momento da pesquisa). Os critérios de inclusão foram: que os participantes fizessem parte de serviços de saúde pública, pois queríamos resgatar, dos participantes, as rotinas, funcionamento, os relacionamentos com os usuários e as práticas e problemáticas do setor público; a entrega do questionário respondido em tempo combinado; o consentimento da observação participante. Portanto, foi excluída da pesquisa apenas 1 enfermeira (do CAPS) por não atender aos critérios pré-estabelecidos.

4.1.3 Locais da pesquisa

Os locais de pesquisa foram: as unidades de saúde da família, o ambulatório, a unidade básica de saúde e o pronto-socorro.

4.1.4 Técnicas e instrumentos utilizados

Em relação às **técnicas do estudo**, na coleta de dados, trabalhamos a **observação participante** para registrar e anotar dados sobre o local de pesquisa e sobre os participantes, em foco. Para tanto, usamos como **instrumento**, o **diário de campo**. A observação participante é obtida por meio de contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, com a finalidade de recolher as ações dos atores (sujeitos pesquisados) em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista. Ela pode ser considerada, ainda, como parte essencial do trabalho de campo, na pesquisa qualitativa⁽¹⁰²⁾.

Na atitude participante, para Chizzotti, há a interação constante em todas as situações por parte dos observados, sejam elas espontâneas ou formais, acompanhando as ações cotidianas e habituais, as circunstâncias em que elas ocorrem, e interroga sobre as razões e significados relativos às ações e fatos⁽¹⁰³⁾.

Durante a observação participante, tentamos coletar dados relacionados à prática cotidiana dos enfermeiros; das ações de saúde desenvolvidas; durante as consultas/orientações aos usuários; nas interações com a equipe e usuários, na unidade de serviço, na comunidade ou domicílio e no encontro problematizador/educativo.

Para as anotações, disponibilizamos, portanto, do diário de campo, onde constaram as observações sobre as conversas informais, rotina das unidades, gestos, expressões, comentários, hábitos referentes ao tema da pesquisa. A cada dia, a cada anotação, procurávamos ler e refletir sobre os dados colhidos, registrando as percepções e análises após a realização dos encontros. Cabe destacar que, quando apresentávamos aos enfermeiros a metodologia da pesquisa-ação embasada nos pressupostos freireanos sobre a temática da pesquisa, houve reflexão, visto o momento de troca de gestão municipal e de gestores da secretaria de saúde municipal.

Utilizamos, ainda, a **entrevista** individual, face a face, com questões referentes aos dados de identificação dos sujeitos a serem pesquisados, bem como com questões norteadoras sobre o tema central – humanização, Educação para a Saúde e cuidado – que foram coletados através **do instrumento** – questionário (APÊNDICE A).

4.1.5 Análise dos dados e intervenções

A **análise dos dados** foi feita por **categorização**, baseada em **fundamentação teórico-metodológica de Paulo Freire**, adaptada por **Bueno**⁽²⁰⁾. O procedimento de análise dos dados constituiu-se, no primeiro momento, do **levantamento do universo temático**, pois referiu-se à descrição e a interpretação da situação do(s) educando(s)/pesquisando(s) e a identificação de suas necessidades, de seus conhecimentos prévios e de habilidades. A organização da análise do universo temático seguiu as seguintes fases:

1) Levantamento dos temas geradores: esta fase culminou com a busca de resultados muito ricos para os pesquisadores, não só pelas relações que travaram, mas pela busca da temática do pensamento dos homens, que se encontrou no meio deles. Portanto, visou buscar temas significativos com os participantes deste processo. Como refere Freire, o tema gerador foi o pensamento do homem sobre a realidade e sua ação sobre a ação para esta realidade que está em sua práxis⁽¹¹⁻¹⁸⁾. Essas observações e a emissão dos significados e do pensamento, aconteceram no ambiente trabalhado. Realizou-se, através dos encontros do pesquisador com os pesquisandos, usando a observação participante durante as visitas e entrevistas. Os temas trabalhados foram os mais significativos da vivência destes sujeitos.

2) Organização do material da coleta de dados: o conteúdo registrado foi resultado da emissão dos significados e do pensamento dos pesquisandos, captados através da observação participante e/ou da aplicação de um instrumento, possibilitando interpretação e seleção dos assuntos centrais. Processou-se a leitura detalhada de todas as observações e respostas emitidas pelos sujeitos pesquisados. Nesta fase, se fez um recorte do texto, selecionando frases ou palavras repetidas com mais frequência ou colocados com mais ênfase pelos sujeitos participantes do estudo e que foram passíveis de serem trabalhados na atividade educativa.

3) Seleção e codificação de palavras e frases registradas/emitidas: foram selecionadas em ordem definida, algumas palavras e/ou frases que puderam ser agrupadas pela riqueza temática, codificando-se os temas geradores.

4) Síntese das palavras e frases selecionadas: selecionados e codificados os temas geradores, agruparam-se todas as palavras e frases relacionadas ao tema gerador, reunindo grandes temas.

5) Ordem dos temas geradores: ordenaram-se os temas geradores, pedagogicamente, numa sequência lógica no planejamento e execução das atividades educativas estabelecidas.

No segundo momento, houve o **desenvolvimento das atividades educativas da pesquisa ação**, e as fases de:

1) Planos de ensino relativos aos temas geradores: elaborou-se o planejamento de ensino, considerando-se para cada tema gerador levantado.

2) Desenvolvimento da educação conscientizadora: implementou-se o plano de ensino, iniciando-se com as situações/problema codificados para a seguir, serem decodificados pelos pesquisandos e pesquisador. A decodificação foi a análise crítica da situação existencial codificada, feita pelos pesquisandos e pesquisador, através do debate, levando os primeiros à conscientização. Faz-se mister, portanto, conhecer ou inserir-se no grupo a pesquisar e no contexto de investigação pois que a interação prévia, favorece a aproximação. O próprio projeto de investigação, a pesquisa ação, pressupõe uma relação de participação entre pesquisando e pesquisador. Juntos, refletiram e procuraram elucidar os problemas. Manifestações verbais e participação ativa dos sujeitos demonstraram a eficácia das ações educativas implementadas.

3) Avaliação do processo: a abordagem adequada das ações propostas e implementadas foi evidenciada no discurso que passou a ser utilizado com frequência pelo sujeito pesquisado, com compreensão do seu significado, com adoção de termos adequados. É importante que as ações pedagógicas e científicas sejam pautadas em princípios éticos, visando a valorização e melhoria da qualidade, tendo em vista a visão totalizada de ser humano e da importância do resgate da cidadania⁽²⁰⁾.

A interpretação dos dados foi depreendida da análise dos temas gerados. Esses temas resultaram da seleção e codificação extraídos dos dados levantados. Os círculos de discussão se desenvolveram, de acordo com este método pedagógico, sendo que se objetivou mudanças satisfatórias nos processos de ensino e aprendizagem dos participantes, que permitissem a transição da consciência ingênua para o desenvolvimento da consciência crítica em relação a cada situação, possibilitando transformações daquela realidade.

4.1.6 Considerações éticas

A pesquisa atendeu a rigor científico e a preceitos éticos exigidos pelo CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa)⁽¹⁰⁴⁾ e apreciado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da EERP-USP (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo) - número do protocolo de aprovação do CEP: 1077/2009 (ANEXO).

Ao aceitarem participar deste estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Para tanto, respeitou-se o sigilo e o direito dos participantes em interromperem a pesquisa caso sentissem necessidade ou constrangimento.

Observação: o estudo não teve custos materiais. O pesquisador dispôs de um diário de campo com finalidade de anotar as características dos locais e participantes; e disponibilizou folhas sulfite para as respostas dos questionários submetidos à entrevista, no próprio local de trabalho, com horários pré-estabelecidos com os participantes, em suas salas de serviço.

Inicialmente, realizou-se um teste piloto com 3 enfermeiros da rede pública de saúde do município. A coleta definitiva foi feita a partir da aplicação do questionário já mencionado (APÊNDICE A).

4.1.7 Procedimentos da pesquisa

A pesquisa seguiu um percurso, exposto a seguir:

1. Projeto elaborado segundo rigor científico, com introdução, referencial teórico, objetivo e metodologia.
2. Estudo das literaturas científicas selecionadas.

3. Aprofundamento e revisão de todas as partes constituintes do projeto.
4. Projeto encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo), (ANEXO).
5. Aplicação do questionário escrito aos participantes pesquisados, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), atendendo a rigor científico e a preceitos éticos exigidos pelo CONEP para pesquisa com seres humanos.
6. A coleta de dados foi realizada nos serviços onde os enfermeiros referenciados atuam, bem como foi explicitado os objetivos do estudo e a importância da participação dos mesmos.
7. As respostas, após entregues, foram analisadas e categorizadas, conforme metodologia desta pesquisa, favorecendo o entendimento e interpretação das falas dos enfermeiros pesquisados.
8. Exame de qualificação.
9. Desenvolvimento da ação educativa, através de encontros, realizados em sala de unidade escolar (em período de férias escolares), por meio da exposição desta pesquisa, a pedido dos próprios pesquisandos. E trabalhamos também textos educativos, discutindo e refletindo em grupo sobre os temas centrais. Foi realizado em horário pré-estabelecido, com duração de cerca de 2 horas.
10. Análise dos dados de acordo com o referencial teórico de Paulo Freire, sobre a humanização, inserindo no contexto da educação, da saúde e do cuidado.
11. Divulgação e a publicação dos resultados da presente pesquisa.
11. Defesa da dissertação.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Procuramos dialogar, desvelar, sentir e experienciar a realidade entre pesquisadora e pesquisandos, e daí, demonstrar os produtos humanos das experiências vividas.

A inserção da pesquisadora se fez de modo participativo, “experienciando” a realidade, no sentido de viver o cotidiano profissional dos enfermeiros estudados, de forma horizontalizada, não imposta, democrática, dialogada e reflexiva, conforme nos propõe Paulo Freire sobre como compreender o nosso semelhante, ao considerar as diversas dimensões do meio onde os educandos/pesquisandos vivem ou estão inseridos.

Buscamos a articulação complexa entre os achados da realidade (e o ser humano imerso nela) e a literatura científica, visando assim, dar sentido ao método, objetivando a construção do conhecimento científico. Para tanto, não nos colocamos no caminho do reducionismo, se deixássemos que os dados falassem por si, ao que poderíamos certamente incorrer no erro de tornar a realidade algo como um contexto dose-resposta, estático, frio, sem relações humanas, sem a dinamicidade da vida e do mundo que o ser humano modula e é modulado por ele^(11;47). Tentamos pois, abarcar, conscientemente, por meio do exercício constante da crítica, o contexto, as informações que a literatura traz, os questionamentos e a vivência.

Os pressupostos freireanos trabalhados transpõem as temáticas desta investigação, embasando o tratamento e análise das informações do presente estudo.

Primeiramente, descrevemos a geografia e um pouco da realidade sócio-econômica da cidade de Guaíra, e também alguns outros dados complementares. Num segundo momento, caracterizamos a rede pública municipal de saúde. Após, descrevemos os pesquisandos, caracterizando-os segundo sexo, idade, escolaridade, tempo de formação, etc, posteriormente, analisamos um pouco da vivência da pesquisadora e as respostas dos participantes ao questionário proposto nesta pesquisa. Por fim, tecemos algumas considerações que julgamos enriquecedoras do nosso conhecimento, baseando-nos no universo conceitual freireano e literatura atual.

5.1 Sobre o município

A cidade de Guaíra está localizada na microrregião de São Joaquim da Barra, a 450 quilômetros da cidade de São Paulo-SP. É cercada pelos rios Grande, Pardo e Sapucaí, e surgiu como povoado de nome Corredeira, em 1901, na área do município de Nuporanga. Em 1908, passou a ser distrito de Orlândia, e em 1929, oficialmente, foi elevada a categoria de município.

A seguir, são apresentados alguns dados, segundo DATASUS⁽¹⁰⁵⁾, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2009 (IBGE)⁽¹⁰⁶⁾ e Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)⁽¹⁰⁷⁾:

- Área total:1.258,67 Km²; economia: agroindústria (setor sucroalcooleiro) e agricultura (soja); população total: 38.676 habitantes; altitude:517 metros; clima: subtropical; PIB (Produto Interno Bruto):R\$651,02 milhões; IDH (Índice de Desenvolvimento Humano):0,822; taxa de alfabetização: 91,07%; coleta de lixo por serviço de limpeza: 94,2%; abastecimento da água por rede geral de esgoto: 92,9%; taxa de mortalidade infantil: 3,9; expectativa de vida: 75,93 anos; taxa de fecundidade: 2,17 filhos.

O município está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, desde maio de 2006, conforme a Norma Operacional Básica do SUS, e portaria GM 2553, de 26 de maio de 1998⁽¹⁰⁸⁾.

5.2 Sobre a rede pública municipal de saúde

Além de nove unidades de saúde da família, uma unidade básica de saúde, um ambulatório de especialidades, um pronto-socorro e um centro de atenção de psicossocial. A cidade conta ainda com uma instituição hospitalar filantrópica e um ambulatório de saúde mental. Por se tratar de setor público, as primeiras foram as unidades pesquisadas, as duas demais não fizeram parte deste estudo, uma por ser filantrópica e a outra por não haver enfermeiros que trabalham no serviço.

5.3 Sobre os participantes

Quadro A: Representação dos dados de identificação dos enfermeiros pesquisados segundo sexo, idade, estado civil, tempo de formação, tempo de atuação profissional e religião:

Participantes (P)	Sexo		Idade (anos)			Estado civil		Tempo de formação			Tempo de atuação profissional			Religião
	F	M	21 ≤ 30	31 ≤ 40	41 ≤ 50	C	S	≤ 5 anos	5 ≤ 10 anos	≥ 10 anos	≤ 5 anos	5 ≤ 10 anos	≥ 10 anos	Católico
1	X	-	X	-	-	-	X	X	-	-	X	-	-	X
2	X	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X	X
3	-	X	X	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	X
4	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	X	-	X
5	X	-	-	X	-	X	-		X	-	-	X	-	X
6	X	-	X	-	-	-	X	X	-	-	X	-	-	X
7	X	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X	X
8	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	X	-	X
9	X	-	X	-	-	-	X	X	-	-	X	-	-	X
10	X	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X	X
11	X	-	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	X
12	-	X	X	-	-	-	X	X	-	-	X	-	-	X

Legendas: sexo: masculino (M), feminino (F); estado civil: solteiro (S), casado (C).

Conforme o Quadro A, que caracteriza os dados de identificação dos enfermeiros pesquisados, depreendemos que estes se constituem de 12 sujeitos, a maioria é do sexo feminino; casada; seis são formados há menos de cinco anos, três são formados nos últimos cinco e dez anos, e três são formados há mais de dez anos. Metade dos enfermeiros possuem idade entre 24 e 30 anos, sendo que a idade mínima foi 24 anos; três têm entre 31 e 40 anos; e três possuem idade entre 41 e 50 anos, sendo a idade máxima de 48 anos. O tempo de formação profissional coincide com o tempo de atuação profissional, com exceção de um enfermeiro, que possui tempo de atuação profissional maior que o tempo de formação, pelo fato de ter exercido a profissão de auxiliar de enfermagem antes de se tornar enfermeiro. Todos são de religião católica.

Faz-se importante ressaltar que ao considerarmos a religião, estamos correspondendo ao pensamento freireano, no sentido de evidenciar o pesquisando

como um ser humano, antes mesmo de ele ser um profissional. A religiosidade é um aspecto cultural, o qual pode influenciar na visão de mundo e nas opiniões⁽¹¹⁾.

5.4 Sobre a observação participante e os temas geradores

Durante a vivência nos campos de pesquisa, ou seja, nas próprias unidades de saúde investigadas, observamos que há boa distribuição de funcionários, entre profissionais do nível superior e técnicos de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde, com exceção do pronto atendimento municipal, no qual foi considerado pequeno o quadro de funcionários da enfermagem (tanto os técnicos quanto os enfermeiros).

Verificamos uma certa dificuldade, possivelmente, comum a todos os profissionais participantes deste estudo, em lidar com portadores de algumas doenças, principalmente a mental e/ou dependência química. Não foi verificada integração ou encaminhamento de pacientes entre as unidades de saúde e o CAPS municipal, com exceção do pronto atendimento, que, em situações em que algum paciente que frequenta esse CAPS entra em surto psicótico, ele é assim, levado para uma consulta no pronto atendimento, havendo, nesse momento, a discussão de caso entre os serviços referidos. Nesses aspectos observados, vale destacar, pois, a dificuldade dos profissionais frente a Educação para a Saúde, o cuidado e a humanização, que são os emblemas problematizados na presente pesquisa.

As equipes, no geral, são bem articuladas. Há reuniões periódicas entre enfermeiro(a) e agentes comunitários de saúde. Percebemos que o enfermeiro, nestas unidades, atua como profissional de referência, tanto para os trabalhadores do serviço, quanto para os usuários. As unidades de saúde da família trabalham, mais ou menos, de uma forma homogênea, com rotinas e horários para vacinas, curativos, visitas domiciliares (às vezes, na presença do médico), etc. Em duas unidades, há um dia fixo durante a semana, para realização de visitas domiciliares na presença de médico e do enfermeiro. Nestas unidades de saúde da família, trabalham um dentista, um enfermeiro, um médico generalista, um pediatra, um ginecologista, oito agentes comunitários e dois técnicos de enfermagem, além de uma funcionária da limpeza e uma recepcionista.

Observamos que o serviço de assistência municipal atua conjuntamente, com essas unidades, realizando supervisão de pacientes dependentes químicos, menores de idade, com dificuldades familiares, e adolescentes grávidas, distribuição de cestas básicas e controle da entrega de leite, que faz parte de um programa nacional de erradicação da desnutrição infantil, além de outros trabalhos. Percebemos a pequena atuação do conselho tutelar, que apenas, realiza ações paliativas nos casos que requerem uma assistência social.

Sentimos, em alguns momentos, que a assistência fica presa a especialidades médicas, sendo que a unidade de saúde da família, muito se assemelha ao processo de trabalho de uma unidade básica de saúde.

No ambulatório de especialidades médicas, a enfermeira trabalha na supervisão de procedimentos realizados na unidade, como testes de sorologia, grupos de pacientes portadores de hepatites virais, procedimentos ortopédicos (feitos pelo médico ortopedista e uma técnica de enfermagem), e na regulação de casos para agendamento na cidade ou nas cidades de referência. Observamos que nessa unidade é grande o fluxo de usuários e, de acordo com a enfermeira, quase 50 atendimentos diários são realizados por ela. Essa enfermeira relatou que, neste serviço, ela conversa muito com os pacientes, além de ouvi-los nas suas necessidades.

O pronto atendimento realiza muitas consultas diariamente (em torno de 150 a 200), a grande maioria delas se caracteriza por não serem urgentes ou emergenciais. Muitos dos pacientes não procuram pela unidade de saúde da família de referência, e justificam pelo fato de nunca ter vaga, segundo eles. Há grande sobrecarga de trabalho, e poucos funcionários, relativamente. A equipe de enfermagem é bem treinada para atuar em situações clínicas graves. A equipe médica é bastante integrada com todos os funcionários do serviço.

Os enfermeiros prontamente aceitaram participar desta pesquisa. Porém, notamos grande desalento e desmotivação com relação às temáticas da humanização e do cuidado. Justificaram essa desmotivação devido a falta de diálogo e a imposição de realização de algumas rotinas que os trabalhadores não concordam.

Todavia, fomos bem recebidas em todos os locais e por todos os participantes, que faziam questão de nos deixar à vontade. Houve muito diálogo,

muitas trocas de experiência e aprendizagem entre pesquisador/pesquisados. As conversas eram sempre permeadas pela temática deste estudo, e o tema da humanização e do cuidado, instigava muitos questionamentos e trocas, no que diz respeito à prática cotidiana em saúde.

Notamos que alguns participantes, apesar de relatar aspectos da prática profissional, não conseguiam correlacionar a Educação para a Saúde ao cuidado e à humanização, sendo que o cuidado era sempre referido à humanização apenas quando se discutia a assistência (essa era entendida como a estrita realização de procedimentos de enfermagem, como as consultas, por exemplo, e não à função educadora arraigada a assistência).

Contudo, mesmo que, nos discursos (entrevistas) dos participantes posteriormente analisados, ainda permeasse o foco na doença e na transmissão de conhecimentos, percebemos em vários momentos da prática cotidiana, muitas mudanças no que diz respeito aos paradigmas atuais da atenção e da Educação para a Saúde.

A partir daqui, estaremos apresentando os três eixos temáticos que se atrelam à presente pesquisa, que são: 1 - Educação para a Saúde, 2 - Cuidado, 3 - Humanização, seguidos dos seus respectivos quadros e categorizações.

➔ 5.5 Eixo temático 1: Educação para a Saúde

Quadro 1a – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1a: O que significa para você a Educação para a Saúde?

Participante (P)	Respostas A Educação para a Saúde significa:
1	"...fornecer informações à população que levem à promoção da saúde e à prevenção de doenças na comunidade."
2	"Desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde, adotando e mantendo os padrões de vida saudáveis. Informar a população a usar de forma correta os serviços de saúde que estão à sua disposição."
3	"É o ensino de medidas educacionais para a manutenção da saúde."
4	"... é fundamental para aprimoramento tanto do profissional, quanto assim o resultado será direcionado aos clientes como resultado satisfatório para a população e segurança para o profissional desenvolver sua função."
5	"...os profissionais de saúde se atualizarem, capacitarem a fim de transmitir os conhecimentos aos demais membros da equipe e clientes da Unidade de Saúde."
6	"... visa utilizar os saberes técnico-científicos para ações preventivas, não apenas focada na doença mas na saúde do indivíduo."
7	"... o alicerce para que o indivíduo e seu meio consiga(m) viver em sintonia e consequentemente numa melhor qualidade de vida."
8	"Humanização; direito de todos os cidadãos."
9	"... manter-se sempre atualizado nos assuntos relacionados a área; trocando informações e idéias com outros profissionais."
10	"São meios necessários para estruturar um sistema de saúde e pôr em prática."
11	"...é essencial, pois ajuda a aumentar a qualidade de vida da população."
12	"Qualidade ao cliente."

●Categorização do significado da Educação para a Saúde (quadro 1a):

- A categorização das respostas dos participantes desse estudo revelou que a Educação para a Saúde ainda **reflete uma maneira de se trabalhar de forma tradicional**, de transmitir conhecimento, **ora envolvendo a comunidade, ora envolvendo o indivíduo e ora envolvendo a população e equipe de saúde**. Apenas duas respostas indicaram a "responsabilidade sobre sua saúde" e o enfoque na saúde e não somente na doença.

- A Educação para a Saúde também foi definida como o ato de possibilitar o fornecimento de informações para a população, a troca de informações e idéias com outros profissionais e a transmissão de conhecimentos, o que remete ao modelo didático-pedagógico tradicional.

- Então, essa categoria ficou assim explicitada, e de acordo com a fala dos participantes, Educação para a Saúde significa:

- “... fornecer informações à população (...)” P 1
- “(...) Informar a população(...)” P 2
- “... o ensino de medidas educacionais para a manutenção da saúde” P 3
- “(...)a fim de transmitir os conhecimentos(...)” P 4
- “(...)trocando informações e idéias com outros profissionais.” P 9

- A Educação para a Saúde foi definida como essencialmente, voltada para a população, como vemos nas falas dos participantes, a seguir:

- “... fornecer informações à população (...)” P 1
- “Desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde
(...) Informar a população (...)” P 2
- “... é essencial, pois ajuda a aumentar a qualidade de vida da população.” P 11
- “Qualidade ao cliente.” P 12

- E relacionada somente ao profissional:

- “... manter-se sempre atualizado nos assuntos relacionados à área; trocando informações e idéias com outros profissionais.” P 9

- Porém, foi percebido que houve a questão das ações educativas voltadas tanto à população quanto aos profissionais de saúde:

- “... é fundamental para aprimoramento tanto do profissional, quanto assim o resultado será direcionado aos clientes como resultado satisfatório para a população e segurança para o profissional desenvolver sua função.” P 4
- “... os profissionais de saúde se atualizarem, capacitarem a fim de transmitir os conhecimentos aos demais membros da equipe e clientes da unidade de saúde.” P 5

- Observamos, pois, que apesar de haver o envolvimento tanto do usuário, quanto do profissional, na Educação para a Saúde, ainda persiste a transmissão de informações, forma marcada pelo modelo pedagógico tradicional, como nos adverte Freire⁽¹¹⁾. Entretanto, já há a introdução, ainda que de forma tímida, de elementos como: a troca de informações, a qualidade de vida, a manutenção da saúde e a responsabilidade sobre a própria saúde, características fundamentais na educação progressista e emancipatória, presente no universo conceitual freireano⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

- Outra categoria foi ressaltada: a prevenção de doenças e a promoção e manutenção da saúde, aspectos esses atribuídos pelas ações educativas em saúde:

- “... fornecer informações à população que levem à promoção da saúde e à prevenção de doenças na comunidade.” P 1

“(...)adotando e mantendo os padrões de vida saudáveis.” P 2

“... o ensino de medidas educacionais para a manutenção da saúde.” P 3

“... visa utilizar os saberes técnico-científicos para ações preventivas, não apenas focada na doença mas na saúde do indivíduo.” P 6

- Neste sentido, verificamos haver uma mudança no olhar da atenção à saúde, quando se referem à manutenção e promoção da saúde. Notadamente, a atenção e as ações educativas em saúde sempre foram marcadas pela cura e prevenção de doenças, pregando os padrões para um estilo de vida saudável, a partir do foco na doença⁽²⁹⁻³³⁾.

- Foi citado também o uso correto dos serviços de saúde e estruturação do sistema de saúde, como uma das funções da Educação para a Saúde:

“Informar a população a usar de forma correta os serviços de saúde que estão à sua disposição.” P 2

“São meios necessários para estruturar um sistema de saúde e pôr em prática.” P 10

- A Educação para a Saúde deve envolver trabalhadores e usuários, conjuntamente, na busca pela construção de conceitos que subsidiem aperfeiçoamentos de práticas em saúde, de uma maneira mais ampla e integral^(5;62).

- Conforme a fala de um participante, explicitou-se a autonomia sobre a própria saúde objetivada pela Educação para a Saúde:

“Desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde(...)” P 2

- Nesta fala, a Educação para a Saúde vai de encontro ao que a OMS prerroga, pois a promoção da saúde individual e coletivo, que, por meio do esclarecimento e ações educativas em saúde, o sujeito possa ter autonomia e tomada de decisões sobre a própria saúde^(20;23;114). Esse processo remete ao universo freireano sobre a educação, que prega que o homem, a partir da construção do conhecimento, possa ser responsabilizado pela sua própria vida⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

- Vale destacar que uma das finalidades da Educação para a Saúde foi associada à melhoria da qualidade de vida. A saúde e os meios disponíveis para promovê-la, que seriam propostas pela educação, acarretam a melhoria da vida, como um todo:

“... o alicerce para que o indivíduo e seu meio consiga(m) viver em sintonia e consequentemente numa melhor qualidade de vida.” *P 7*

“... é essencial, pois ajuda a aumentar a qualidade de vida da população.” *P 11*

- Para Araújo, a Educação para a Saúde está intimamente ligada aos aspectos da vida, como por exemplo, viver em harmonia com a natureza, haver educação para o trânsito, educação para a paz, educação para o consumo, etc. Como estratégia de cuidado e de resgate da cidadania, é importante que supere o modelo hegemônico de atenção à saúde, que foca somente a cura e a doença⁽³⁴⁾. Portanto, contextualiza o meio onde as pessoas estão inseridas, o que vai de encontro às teorias freireanas da educação⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

- Houve também a associação com a humanização e a cidadania:

“(significa) Humanização; direito de todos os cidadãos.” *P 8*

- Destaca-se que as tecnologias do cuidado com o enfoque nas ações educativas são inovadoras e geram consciência com relação às pessoas envolvidas, valorizando e reconhecendo o exercício da cidadania^(20;38;53;63). Neste sentido, essa afirmação nos remete aos pensamentos de Freire, que destaca que a humanização somente se torna possível por meio da educação, que torna os homens diferentes dos animais por meio do exercício da reflexão e da crítica, e neste estudo, entendemos que a Educação para a Saúde é um dos braços da educação^(30;39).

Quadro 1b – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1b: Que postura educativa deve ter o enfermeiro no processo de Educação para a Saúde?

Participante (P)	Respostas O enfermeiro deve ter a seguinte postura educativa no processo de Educação para a Saúde:
1	“... deve estar atento para os problemas que mais atingem a população para que possa preveni-los. Ele deve realizar grupos educativos com a população alvo; deve promover educação continuada entre os integrantes da equipe de saúde para que estes também possam dar orientações à população.”
2	“Encorajador, criativo, organizado, estratégico e atualizado.”
3	“Postura de um integrante de uma equipe multidisciplinar no processo de educação para a saúde.”
4	“O enfermeiro deve desempenhar a função de multiplicador desse aprimoramento e assim capacitando a equipe de trabalho, assim como resultado (ter) uma satisfação profissional quanto ao investimento do profissional.”
5	“Tem que ser “firme” e ao mesmo tempo acessível/aberto a dúvidas, discussões.”
6	“A troca de informações deve se dar de forma horizontalizada, em que o cliente também possa contribuir na construção do conhecimento, sentindo-se ativo nesse processo. O enfermeiro deve dar espaço para a troca de informações e fazer uso das mesmas na abordagem ao cliente.”
7	“Todo enfermeiro que exerce uma atividade educativa, deve sempre manter uma postura ética, com conhecimento em suas ações, sabendo ouvir primeiro para que a partir daí saiba como agir com o indivíduo pois precisamos conseguir uma confiança do cliente para com a gente.”
8	“Sempre estar atento a tudo e a todos.”
9	“O enfermeiro deve estar sempre buscando novidades e temas novos, orientando seus funcionários e pacientes sobre determinados assuntos.”
10	“Participativo, atuante, (participar de) aprimoramentos para oferecer uma atenção integral ao indivíduo.”
11	“O enfermeiro no processo de educação para a saúde deve ter uma postura de educador central, transmitindo seus conhecimentos para sua equipe e para uma população em geral.”
12	“Profissional aberto, com diálogo com o cliente.”

•Categorização da postura educativa do enfermeiro no processo de Educação para a Saúde (quadro 1b):

- A postura educativa do enfermeiro foi associada à abertura, ao ouvir e ao diálogo:

“... deve estar atento para os problemas que mais atingem a população(...)” P 1

“Tem que ser ‘firme’ e ao mesmo tempo acessível/aberto a dúvidas, discussões.” P 5

“A troca de informações deve se dar de forma horizontalizada (...)O enfermeiro deve dar espaço para a troca de informações e fazer uso das mesmas na abordagem ao cliente.” P 6

“(...)sabendo ouvir primeiro para que a partir daí saiba como agir com o indivíduo, pois precisamos conseguir uma confiança do cliente para com a gente.” P 7

“Sempre estar atento a tudo e a todos.” P 8

“Profissional aberto, com diálogo com o cliente.” P12

- Foi também relacionada ao encorajamento, a criatividade, à atualização, à participação:

“(...)Ele deve realizar grupos educativos com a população alvo (...)” P 1

“Encorajador, criativo, organizado, estratégico e atualizado.” P 2

“Postura de um integrante de uma equipe multidisciplinar no processo de educação para a saúde.” P 3

“O enfermeiro deve estar sempre buscando novidades e temas novos (...)” P 9

“Participativo, atuante, (participar de) aprimoramentos para oferecer uma atenção integral ao indivíduo.” P 10

- Com relação a essa duas categorias, destacamos que Freire aponta algumas características essenciais que promovem a educação, de forma emancipatória, reflexiva e crítica: a dialogicidade, a crítica, a horizontalidade, a criatividade, o aprender a aprender⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

- Também explicitou-se o empoderamento do usuário, de maneira que o mesmo se torne ativo e possa contribuir na troca de informações:

“A troca de informações deve se dar de forma horizontalizada, em que o cliente também possa contribuir na construção do conhecimento, sentindo-se ativo nesse processo(...)” P 6

- O enfermeiro, enquanto profissional que, dentre outras, exerce a função de educador, deve manter uma postura ética:

“Todo enfermeiro que exerce uma atividade educativa, deve sempre manter uma postura ética, com conhecimento em suas ações (...)” P 7

- Neste sentido, Freire destacava a autoridade em contraponto ao autoritarismo, e a postura ética, em que o educador deve estar sempre atualizado e com conhecimento de suas ações, no processo ensino-aprendizagem⁽¹¹⁾.

- A postura educativa deve estar voltada à prevenção de problemas, como relatado a seguir:

“O enfermeiro deve estar atento para os problemas que mais atingem a população para que possa preveni-los (...)” P 1

- Aqui, ainda persiste a concepção da prevenção de problemas/doenças, de forma que a ação educativa e a assistência estejam focadas em problemas e

doenças, e não na promoção da saúde, o que revoga o modelo tradicional de atenção^(1;27).

- A ação educativa em saúde deve voltar-se para a educação continuada, a satisfação profissional e a transmissão de conhecimentos:

“(...) deve promover educação continuada entre os integrantes da equipe de saúde para que estes também possam dar orientações à população.” *P 1*

“O enfermeiro deve desempenhar a função de multiplicador desse aprimoramento e assim capacitando a equipe de trabalho, assim como resultado (ter) uma satisfação profissional quanto ao investimento do profissional.” *P 4*

“(...) (o enfermeiro) orientando seus funcionários e pacientes sobre determinados assuntos.” *P 9*

“O enfermeiro no processo de educação para a saúde deve ter uma postura de educador central, transmitindo seus conhecimentos para sua equipe e para uma população em geral.” *P 11*

- Destaca-se assim, a figura do enfermeiro enquanto líder e membro importante da equipe, ao atribuir a esse profissional a promoção da educação continuada. Denota-se a questão da satisfação profissional a partir da função de multiplicador dos conhecimentos adquiridos. Persiste a questão da transmissão de conhecimentos e de dar orientações, tanto para a equipe quanto para a população, nos remetendo novamente ao modelo de atenção à saúde e ao modelo de educação tradicional, que não dispõem do exercício da reflexão, da crítica e da troca de experiências^(1;2;40-41).

Quadro 1c – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1c: Como foi a sua formação profissional com relação à liderança: inflexível/imponente, democrática/dialógica, conivente/submissa?

Participante (P)	Respostas A formação profissional com relação à liderança foi:
1,2,3,4,5,6,8,10,11,12	“Democrática/dialógica.”
7	“A minha formação profissional ainda foi baseada em princípios em que o médico liderava a equipe profissional, mas já contava com enfermeiros que se posicionavam para um papel de liderança.”
9	“O profissional deve tentar ser o máximo possível flexível e democrático sem perder o controle. Mas em alguns casos, devemos manter postura imponente. Nunca devemos ser coniventes ou submissos em situações que achamos (ser) inconvenientes e erradas.”

•Categorização sobre a formação profissional relacionada à liderança (quadro 1c):

- A categoria seguinte refere-se à influência da liderança democrática/dialógica em relação a formação profissional, afirmada pela maioria dos participantes:

Os participantes 1,2,3,4,5,6,8,10,11,12 responderam que a formação profissional com relação à liderança foi democrática/dialógica.

- Vemos que as teorias freireanas afirmam a importância e a necessidade da democracia, das relações horizontalizadas e da dialogicidade para exercer a liderança e o ato educativo, que possam se concretizar de modo reflexivo e criativo, a fim de tornar possível a crítica e a emancipação dos sujeitos envolvidos^(11-18;40;93;114).

- Também houve a recordação do início da carreira de um participante, em que o profissional enfermeiro exercia pouco a liderança, tendo nesta função, como sujeito principal, o médico:

“A minha formação profissional ainda foi baseada em princípios em que o médico liderava a equipe profissional, mas já contava com enfermeiros que se posicionavam para um papel de liderança.” P 7

- A fala seguinte remete à liderança democrática e flexível, entretanto, em algumas situações, imponente:

“O profissional deve tentar ser o máximo possível flexível e democrático sem perder o controle. Mas em alguns casos, devemos manter postura imponente. Nunca devemos ser coniventes ou submissos em situações que achamos (ser) inconvenientes e erradas.” P 9

- Quanto às últimas duas categorias e falas, percebemos que não deixa, deveras, de estarem situadas no marco teórico freireano, quando o autor destaca a relação opressor/oprimido. Percebemos, a partir da análise das falas, a relação de opressão entre categorias profissionais, em que o médico exercia e exerce, ainda hoje, a função de liderança sobre toda a equipe, sendo oprimida; e a do próprio enfermeiro, opressor, em manter uma ‘postura imponente’⁽¹¹⁾.

Quadro 1d – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1d: Você acha que se insere em qual postura profissional?

Participante (P)	Respostas A postura profissional que o participante se insere:
1,2,3,4,5,6,8,10,11,12	“Democrática/dialógica.
7	“Enfermeiros eram minoria, precisávamos conquistar os atendentes de enfermagem que até então eram responsáveis pelos serviço de enfermagem e para alcançar a liderança(,) aprendemos que o caminho tinha que partir de nós (enfermeiros) através do diálogo e democracia.”
9	“Sempre busco ouvir opiniões antes de (tomar) certas decisões, mas em algumas situações temos que expor nossas idéias e baseados em fatos (,) tomar nossas atitudes, buscando o melhor para o paciente sempre.”

●Categorização sobre a postura profissional (quadro 1d):

- Ficou patente a liderança democrática/dialógica:

Os participantes 1,2,3,4,5,6,8,10,11,12 responderam que acham que se inserem na postura profissional com liderança democrática/dialógica.

“Enfermeiros eram minoria, precisávamos conquistar os atendentes de enfermagem que até então eram responsáveis pelos serviço de enfermagem e para alcançar a liderança(,) aprendemos que o caminho tinha que partir de nós (enfermeiros) através do diálogo e democracia.” P 7

“Sempre busco ouvir opiniões antes de (tomar) certas decisões, mas em algumas situações temos que expor nossas idéias e baseados em fatos (,) tomar nossas atitudes, buscando o melhor para o paciente sempre.” P 9

- Todos os participantes afirmaram que a postura de liderança em que se inserem é democrática e dialógica, nos remetendo, novamente, ao universo freireano, que prerroga o exercício da dialogicidade como maneira de concretizar uma educação emancipatória e, portanto, mais humanizada^(11-18;93).

Quadro 1e – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1e: Você acha que a Educação para a Saúde pode ser realizada com outros profissionais em uma equipe de saúde? Dê exemplos.

Participante (P)	Respostas Quanto à Educação para a Saúde poder ser realizada com outros profissionais de uma equipe de saúde, e exemplos:
1	“Sim. A educação em saúde pode ser realizada por nutricionistas, dentistas, ou por qualquer outro profissional que possa dar informações úteis para promover a saúde na comunidade. Uma nutricionista, por exemplo, tanto pode dar uma palestra sobre orientações nutricionais para a comunidade como pode capacitar a equipe para que esta oriente a população.”
2	“Sim. Uma equipe multidisciplinar. O profissional cria um elo de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor, ajuda a tomar suas próprias decisões tanto individual como coletiva, melhorando suas condições de saúde e do meio ambiente.”
3	“Sim, médicos, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, etc.”
4	“Com certeza. Como exemplo, a equipe de programa de saúde da família.”
5	“Sim. Um médico ou enfermeiro escolhe determinado assunto; programa um dia, hora e local e explica o tema escolhido (ex.: dengue, H1N1, diabetes) aos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ou então quando a equipe de saúde fala aos clientes, moradores do bairro em local e data marcados.”
6	“Sim. A educação para a saúde pode se dar entre os membros da equipe nas discussões de caso, tendo em vista que a educação para a saúde deve se dar de forma contínua e construtiva na equipe.”
7	“Eu acredito na força de uma equipe multiprofissional na educação em saúde onde se somam vários conhecimentos e assim educa(-se) o indivíduo como um todo. Exemplo: nos grupos de gestantes, os encontros contam com profissionais da área médica, odontólogos, assistentes sociais, fono(audiólogos), professores de educação física, psicólogos, enfermeiros.”
8	“Sim, assistente social, equipe de enfermagem e todos que trabalham na área da saúde.”
9	“Sim. Acredito na multidisciplinaridade e para buscar um atendimento melhor aos pacientes, devemos dominar nossa área mas também aprendermos a abordar as diferentes situações. Como por exemplo: enfermeiro deve ter noções básicas de farmácia, psicologia, terapia ocupacional, buscando sempre ver o indivíduo como um todo e até indicar os outros profissionais como caso de gravidez na adolescência; (ao) encaminhar para serviços de orientações com psicólogos e assistentes sociais.”
10	“Sim. Exemplo: discussão de casos.”
11	“Lógico. A educação para a saúde é feita através de uma equipe multiprofissional. Ex.: enfermeiro + nutricionista + médico + educador físico + dentista.”
12	“Sim, ex. grupos de hipertensos.”

•Categorização da educação para a saúde realizada com outros profissionais de saúde (quadro 1e):

- Quanto a essa pergunta, alguns participantes responderam que a Educação para a Saúde seriam representadas por palestras e orientações, à comunidade e entre a equipe de profissionais:

“(...)Uma nutricionista, por exemplo, tanto pode dar uma palestra sobre orientações nutricionais para a comunidade como pode capacitar a equipe para que esta oriente a população.” *P 1*

“Um médico ou enfermeiro escolhe determinado assunto; programa um dia, hora e local e explica o tema escolhido (ex.: dengue, H1N1, diabetes) aos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ou então quando a equipe de saúde fala aos clientes, moradores do bairro em local e data marcados.” *P 5*

- Aqui, foram dados exemplos de profissionais que podem orientar a comunidade e/ou equipe, através de conhecimentos que são repassados, somente transmitidos, caracterizando o modelo tradicional de educação⁽¹¹⁾.

- A discussões de casos pela equipe multiprofissional foi citada como a presença da Educação para a Saúde entre a equipe:

“A educação para a saúde pode se dar entre os membros da equipe nas discussões de caso, tendo em vista que a educação para a saúde deve se dar de forma contínua e construtiva na equipe.” *P 6*

“Exemplo: discussão de casos.” *P 10*

- Observa-se, portanto, que, implicitamente, a Educação para a Saúde resgata o diálogo entre a equipe, ao se discutir os casos dos pacientes, de forma a construir conhecimentos. Neste sentido, ela vai de encontro aos pressupostos freireanos da educação, que prerroga o exercício da tomada de decisões e da crítica, favorecidas pela reflexão e pelo diálogo⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

- A educação para a saúde, realizada pela equipe multiprofissional, foi representada pela realização de grupos educativos para com a população:

“Eu acredito na força de uma equipe multiprofissional na educação em saúde onde se somam vários conhecimentos e assim educa(-se) o indivíduo como um todo. Exemplo: nos grupos de gestantes, os encontros contam com profissionais da área médica, odontólogos, assistentes sociais, fono(audiólogos), professores de educação física, psicólogos, enfermeiros.” *P 7*

“Sim, ex. grupos de hipertensos.” *P 12*

- Percebemos, nesta categoria, o foco na doença, enquanto ação educativa, pois os grupo de hipertensos focam a hipertensão e os sujeitos/pacientes que são portadores dessa morbidade. Porém, foi percebida também a visão de uma educação exercendo o papel de catalisadora da saúde como um todo. A saúde pode ser promovida por diversos profissionais, somando-se os conhecimentos relegados

a cada profissão. Entretanto, reforçamos que é necessário pensar em como o processo educativo em saúde é conduzido, tomando-se o cuidado de a saúde não ser fragmentada, sob o risco de, ao se dividir o ser humano em partes, trabalha-se separadamente essas partes (mentais, corporais, etc), e esquece-se de considerar o homem como um ser que muda e sofre mudanças do meio onde está inserido^(20;30;34.53;109). Neste, recordamos os pressupostos freireanos, que considera que o homem está inserido num mundo em que modula e é modulado por ele⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

- Nesta categoria, fica explícita que a Educação para a Saúde pode ser realizada por toda a equipe multidisciplinar:

“A educação em saúde pode ser realizada por nutricionistas, dentistas, ou por qualquer outro profissional que possa dar informações úteis para promover a saúde na comunidade.” *P 1*

“Sim. Uma equipe multidisciplinar(...)” *P 2*

“Sim, médicos, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, etc.” *P 3*

“Com certeza. Como exemplo, a equipe de programa de saúde da família.” *P 4*

“Sim. Um médico ou enfermeiro escolhe determinado assunto(...)” *P 5*

“Sim. A educação para a saúde pode se dar entre os membros da equipe(...)” *P 6*

“Eu acredito na força de uma equipe multiprofissional na educação em saúde onde se somam vários conhecimentos e assim educa(-se) o indivíduo como um todo.” *P 7*

“Sim, assistente social, equipe de enfermagem e todos que trabalham na área da saúde.” *P 8*

“Sim. Acredito na multidisciplinaridade e para buscar um atendimento melhor aos pacientes, devemos dominar nossa área mas também aprendermos a abordar as diferentes situações. Como por exemplo: enfermeiro deve ter noções básicas de farmácia, psicologia, terapia ocupacional, buscando sempre ver o indivíduo como um todo e até indicar os outros profissionais como caso de gravidez na adolescência; (ao) encaminhar para serviços de orientações com psicólogos e assistentes sociais.” *P 9*

“Lógico. A educação para a saúde é feita através de uma equipe multiprofissional. Ex.: enfermeiro + nutricionista + médico + educador físico + dentista...” *P 11*

- Assim, observamos que a Educação para a Saúde pode ser realizada por qualquer dos profissionais de saúde, entretanto, também percebemos que foram citados somente os profissionais de nível superior de ensino como líderes no processo educativo ou mesmo, como detentores do conhecimento, remetendo à verticalização e autoritarismo a que Freire se refere⁽¹¹⁾. E deixamos uma pergunta: será que os outros profissionais (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, recepcionistas, etc) não podem contribuir nas ações educativas em

saúde, ou os profissionais de nível superior são os detentores do conhecimento e não realizam o diálogo com a equipe?

- Também houve a percepção de que o profissional, por meio da educação para a saúde, pode auxiliar no desenvolvimento da tomada de decisão por parte da população, sobre a saúde e sobre o meio onde vive:

“Uma equipe multidisciplinar. O profissional cria um elo de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor, ajuda a tomar suas próprias decisões tanto individual como coletiva, melhorando suas condições de saúde e do meio ambiente.” *P 2*

- Observa-se a saúde sendo associada a uma perspectiva de melhoria da vida, e o profissional de saúde auxiliando o usuário/população (nível individual e coletivo) a tomar suas próprias decisões quanto a saúde e o meio de vida. Esta fala remete ao universo conceitual freireano, em que o educador (e neste caso, o profissional de saúde) seria o facilitador do desenvolvimento da passagem do pensamento ingênuo, segundo Freire, para o pensamento crítico/episteme do homem, sobre si mesmo e o meio circundante⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

➔ 5.6 Eixo temático 2: Cuidado

Quadro 2a – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 2a: O que é o cuidado de enfermagem?

Participante (P)	Respostas O cuidado de enfermagem é:
1	“... além de executar técnicas e procedimentos, perceber o outro como um ser humano que tem sentimentos e opiniões e que necessita falar sobre seus problemas e medos. É ouvir o outro deixando que se expresse e, dessa forma, proporcionando-lhe o bem estar físico e mental.”
2	“Assistir o paciente, a família e conhecendo os fatores que influenciam a sua saúde e doença.”
3	“... toda a assistência de enfermagem de suas capacidades legais que é prestada ao cliente.”
4	“... o ato de cuidar, prestar assistência, promover conforto tanto físico quanto mental.”
5	“Além das atividades de competência profissional, é atender o cliente com calma, escutá-lo; tentar resolver o “problema” o mais rápido possível.”
6	“Utilizar os conhecimentos técnico-científicos na prestação do cuidado às necessidades dos indivíduos, sejam elas de cunho físico ou emocional.”
7	“... deve ser preciso e integral, se inicia com a equipe multiprofissional. Ao prestarmos qualquer atendimento de enfermagem, temos que estar seguros nas técnicas e atitudes, com conhecimento científico e olhando para aquele indivíduo ou população atendida como um ser completo.”
8	“Cuidado geral, desde o atendimento até uma simples orientação.”
9	“... prestar assistência que compete ao enfermeiro buscando sempre humanizar esse atendimento.”
10	“... visa oferecer uma melhor qualidade de vida seja ela em qualquer situação.”
11	“Cuidado e humanização estão próximos. O cuidado de enfermagem é um processo que vai desde o primeiro minuto com o paciente até o momento que o mesmo for embora satisfeito.”
12	“... o acolhimento, buscar o melhor para o cliente, respeitar.”

●Categorização do significado do cuidado de enfermagem (quadro 2a):

- O cuidado foi caracterizado como competência profissional:

“... além de executar técnicas e procedimentos (...)” P 1

“... toda a assistência de enfermagem de suas capacidades legais que é prestada ao cliente.” P 3

“... o ato de cuidar, prestar assistência (...)” P 4

“Além das atividades de competência profissional (...)” P 5

“Cuidado geral, desde o atendimento até uma simples orientação.” P 8

“... prestar assistência que compete ao enfermeiro (...)” P 9

- O cuidado de enfermagem foi apreendido como sendo a assistência prestada, dentro das competências legais.

- Também foi compreendido como considerar o usuário de forma integral, usando dos conhecimentos técnico-científicos:

“... além de executar técnicas e procedimentos, perceber o outro como um ser humano que tem sentimentos e opiniões e que necessita falar sobre seus problemas e medos.” *P 1*

“Utilizar os conhecimentos técnico-científicos na prestação do cuidado às necessidades dos indivíduos (...)” *P 6*

“... deve ser preciso e integral, se inicia com a equipe multiprofissional. Ao prestarmos qualquer atendimento de enfermagem, temos que estar seguros nas técnicas e atitudes, com conhecimento científico e olhando para aquele indivíduo ou população atendida como um ser completo.” *P 7*

- Verificou-se que as concepções foram além da execução de técnicas e procedimentos, pois foram consideradas as necessidades dos indivíduos, os sentimentos e opiniões, correspondendo ao universo freireano, no que diz respeito a olhar o outro como ser humano, de forma integral, diferente em suas necessidades^(11-18;20;39).

- O cuidado foi relatado como ouvir, acolher o paciente:

“(...) ouvir o outro deixando que se expresse (...)” *P 1*

“(...) atender o cliente com calma, escutá-lo; tentar resolver o “problema” o mais rápido possível.” *P 5*

“... o acolhimento, buscar o melhor para o cliente, respeitar.” *P 12*

- O cuidar, aqui apreendido, se referiu à escuta, ao acolhimento e ao respeito. A palavra “acolher” expressa: dar acolhida, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir⁽²¹⁾. Portanto, como ato ou efeito de acolher, o acolhimento expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. O Ministério da Saúde (MS) aponta que é no sentido de “estar com” ou “próximo de” que se busca afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS⁽⁸⁴⁾.

- Foi apreendido que o cuidado significa proporcionar confortos físico e mental:

“(...)proporcionando-lhe o bem estar físico e mental.” *P 1*

“(...)prestação do cuidado às necessidades dos indivíduos, sejam elas de cunho físico ou emocional.” *P 6*

- Aqui, mais uma vez, nota-se que há a associação entre o físico e o mental, denotando integralidade da assistência, visto que o cuidado não está focado somente no aspecto biológico do ser humano. Mesmo nos dias atuais, evidencia-se uma dissociação entre a formação do enfermeiro e a prática cotidiana no que diz respeito a uma percepção mais profunda do paciente, que está em sofrimento psíquico, o que estaria relacionado à fragmentação dos saberes difundidos pela universidade^(4;39;47-4869-73;76-77;98).

- Considerou-se também o conhecimento dos fatores que influenciam a sua saúde e doença:

“Assistir o paciente, a família e conhecendo os fatores que influenciam a sua saúde e doença.” *P 2*

Quanto a essa fala, discute-se, inclusive pelo MS quanto à dificuldade do profissional enfermeiro de articular as questões sociais à prática cotidiana, devido, em parte, pelo desconhecimento teórico sobre essas questões^(47;110). De forma semelhante, Freire chama a atenção quanto a considerar, no processo de humanização, o meio onde o indivíduo vive⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

- O cuidado foi enfocado como o próprio processo de humanização:

“... prestar assistência que compete ao enfermeiro buscando sempre humanizar esse atendimento.” *P 9*

“Cuidado e humanização estão próximos. O cuidado de enfermagem é um processo que vai desde o primeiro minuto com o paciente até o momento que o mesmo for embora satisfeito.” *P 11*

- Aqui, os participantes em questão perceberam a interface do cuidado e da humanização. O cuidado, ao considerar e respeitar o ser humano, seria o processo de humanização a que o universo conceitual freireano se refere, pois a possibilidade de o homem pensar e atuar conscientemente, de forma crítica a partir das relações estabelecidas com outros homens e com o mundo, resgata o ser humano, diferenciando-o dos animais, que somente vivem pelo contato. Os animais agem de maneira a se ajustarem à realidade, ao passo que o homem tenta superar os aspectos que ele não se ajusta, o que frequentemente é ameaçado pela opressão, que por sua vez, inibe o processo de humanização⁽¹¹⁾.

- Nesta fala, o cuidado foi associado à melhoria da qualidade de vida do paciente:

“... visa oferecer uma melhor qualidade de vida (...) em qualquer situação.” *P 10*

- Sabe-se que evidências científicas demonstram que a saúde contribui para a melhoria da qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma maneira, também são valorizados os aspectos sociais interferem no processo de melhoria, resgatando mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais, ao ir de encontro aos determinantes da saúde em toda sua amplitude, requerendo políticas públicas saudáveis, efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população⁽¹¹¹⁾.

Quadro 2b – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 2b: Em quais momentos você acha que o cuidado prestado é humanizado?

Participante (P)	Respostas O cuidado de enfermagem é humanizado quando:
1	"... se respeita a individualidade de cada um, quando não se massifica a todos como "os pacientes". Humaniza-se quando cada um é tratado por seu nome próprio e não por um número ou morbidade (ex.: o paciente do (quarto) 305, ou o diabético), quando se permite que o outro expresse sua opinião e participe de seu tratamento."
2	"Nos momentos de dor, sofrimento."
3	"Em todos os momentos."
4	"... você consegue prestar assistência (seja como cuidador ou orientações (orientador)) e no qual o final seja com solução."
5	"Durante as consultas de enfermagem, curativos, visitas domiciliares."
6	"Na maioria das vezes."
7	"Em todos os momentos."
8	"... temos o contato direto com o cliente."
9	"No momento que você explica ao cliente os procedimentos; conhece seus medos e dúvidas sobre os vários procedimentos e aplica junto o lado humano no atendimento prestado."
10	"No acolhimento ao indivíduo."
11	"Na verdade, todos os cuidados prestados têm de ser humanizados. O profissional não pode ser mecânico ou 'fazer por fazer'."
12	"Na consulta de enfermagem, na realização de procedimentos."

•Categorização dos momentos que o cuidado prestado é humanizado (quadro 2b):

Nesta questão, objetivamos apreender as concepções acerca de quando o cuidado é humanizado.

- Em uma categoria, ficou explicitado que há a humanização no cuidado quando existe o respeito pelas subjetividades, e quando o profissional explica os procedimentos ao usuário:

"... se respeita a individualidade de cada um, quando não se massifica a todos como 'os pacientes'. Humaniza-se quando cada um é tratado por seu nome próprio e não por um número ou morbidade (ex.: o paciente do (quarto) 305, ou o diabético (...)" P 1

- Nesta fala, considera-se as subjetividades dos pacientes. Não há a redução do indivíduo à doença ou ao número do quarto de internação, como foi exemplificado. Isso vai de encontro ao que prerroga a política atual de humanização em saúde, ao considerar as necessidades diferentes de cada ser humano⁽⁸⁾. Também perpassa pelo universo conceitual freireano, ao pensarmos que lidar com

as subjetividades e objetividades, é exercer a cidadania, havendo intrínseca, a redução de desigualdades. Neste sentido, os profissionais de saúde exercem papel político, enquanto agentes que enfrentam os emblemas do setor da saúde, no cotidiano diário, podendo participar do processo de transformação social^(11-18;47).

- Também verificamos que humanizar o cuidado, a partir da fala de um participante, é permitir que o paciente se expresse quanto a assistência que lhe é prestada:

“(...) se permite que o outro expresse sua opinião e participe de seu tratamento.” *P 1*

- Analisamos que, ao ouvir a opinião do outro, anula-se uma relação verticalizada e autoritária, permitindo a horizontalidade, o respeito pelo outro, o diálogo e a participação ativa na troca de opiniões e experiências. Esse cenário corresponde aos preceitos teóricos da educação problematizadora/libertadora, de Freire⁽¹¹⁾.

- Uma categoria foi analisada, a partir da fala de um participante, e considerou a explicação dos procedimentos realizados, para o paciente:

“No momento que você explica ao cliente os procedimentos; conhece seus medos e dúvidas sobre os vários procedimentos e aplica junto o lado humano no atendimento prestado.” *P 9*

- O fato de considerar o outro, emancipa a relação consciente entre seres humanos, em que as duas partes são ativas no diálogo, havendo a horizontalidade entre profissional e usuário, denotando ao cuidado algo mais do que a uma assistência baseada em tecnologia de conhecimentos científicos fragmentados, pois o profissional deve agir a partir de sua própria humanidade, junto aos pacientes e ao mundo^(66;76-77).

- Houve a atribuição da humanização a todos os momentos/cuidados prestados:

“Em todos os momentos.” *P 3*

“Na maioria das vezes.” *P 6*

“Em todos os momentos.” *P 7*

“Na verdade, todos os cuidados prestados têm de ser humanizados.” *P 11*

- Esses participantes tiveram a percepção de que a humanização pode não estar presente somente no momento da realização de algum tipo específico de procedimento ou de assistência, mas em todos os momentos, no processo de produção da saúde. A prática em saúde pressupõe uma relação de humano para humano, em que constantemente, estão presentes as relações interpessoais, os quais, segundo dados do MS, necessitam ser aperfeiçoadas, com vistas à emancipação e ao empoderamento no âmbito do SUS^(8;47).

- Apreendemos, também, que o cuidado não está ligado a uma atividade mecânica:

“O profissional não pode ser mecânico ou ‘fazer por fazer’.” *P 11*

- Essa afirmação remonta aos pressupostos freireanos humanizadores, em que a técnica e as regras, que se realizadas irrefletidamente, deixam os homens submissos a elas. Ayres também discute a questão das técnicas e das tecnologias na produção do cuidado mais humanizado^(73;115). Os protocolos e a normas servem para organizar os serviços de saúde, com vistas à melhoria do atendimento, entretanto, deve-se tomar o cuidado para não excluir e não ser escravos delas: “Daí o homem alienado, inseguro e frustrado, ficar mais na forma que no conteúdo, ver as coisas mais na superfície que em seu interior”⁽¹⁴⁾. Os profissionais são seres humanos que cuidam de outros seres humanos. Os profissionais de saúde devem considerar a articulação entre a ciência e a tecnologia ao contexto histórico-social “... escravidão às técnicas, que, sendo elaboradas pelos homens, são suas escravas e não suas senhoras”⁽¹¹⁾.

- Para alguns profissionais, o cuidado humanizado estaria associado a algumas situações, procedimentos ou práticas de enfermagem:

“Nos momentos de dor, sofrimento.” *P 2*

“Durante as consultas de enfermagem, curativos, visitas domiciliares.” *P 5*

“... temos o contato direto com o cliente.” *P 8*

“No acolhimento ao indivíduo.” *P 10*

“Na consulta de enfermagem, na realização de procedimentos.” *P 12*

- Aqui, concebe-se a humanização sendo praticada apenas em alguns momentos da assistência, o que denota ação irrefletida em algumas situações para com o paciente que está sendo assistindo. Entretanto, foram citados os momentos

de dor e de sofrimento, atuando no enfrentamento de sofrimento psíquico. Contudo, a política de humanização nacional afirma que a assistência não deve ser pautada numa atitude de benevolência, mas considerar o ser humano em suas necessidades⁽⁸⁾.

- Houve a percepção de que a assistência tem dissociados o cuidado e a orientação, de acordo com um participante:

“... você consegue prestar assistência (seja como cuidador ou orientações (*orientador*)) e no qual o final seja com solução.” P 4

- Depreendemos que o participante não vincula a função cuidativa com a educativa da profissão. De acordo com Horta⁽⁵⁴⁾, a enfermagem tem intrínsecas as duas funções, atuando simultaneamente no cuidado direto e na promoção da saúde, tendo como destaque, a educação para a saúde na conquista da emancipação, pelo auto-cuidado, dos sujeitos cuidados. A fala denota a ação pela ação, de forma impensada, sem uma reflexão dirigida ao paciente, contudo, visa uma solução ao problema/situação interposta.

Quadro 2c – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 2c: Em quais aspectos, além dos de competência profissional, você acha que o cuidado de enfermagem difere do de outros profissionais? Por quê?

Participante (P)	Respostas O cuidado de enfermagem difere do de outros profissionais porque:
1	“... porque ele busca, além da reabilitação física, o bem estar emocional do paciente. Isso é possível porque os profissionais da enfermagem são aqueles que estão em contato direto com os pacientes a maior parte do tempo, o que permite a criação de uma relação de confiança entre o profissional e o cliente. Dessa forma, o paciente se sente à vontade para falar sobre seus problemas, aliviando a tensão e o estresse, e colaborando para sua recuperação.”
2	“Em vários aspectos, principalmente o afetivo, emocional; porque não é somente realizar um procedimento. A enfermagem permanece 24 horas com o paciente.”
3	“No contato direto com o cliente, que só a enfermagem tem e as outras profissões nem tanto.”
4	“A enfermagem lida diretamente com o cliente nos seus momentos mais angustiantes e se torna invasiva no âmbito domiciliar e pessoal.”
5	“No relacionamento interpessoal, devido à proximidade e maior tempo de contato com o cliente.”
6	“O enfermeiro, muitas vezes, é (profissional de) referência na unidade de saúde. Sendo assim, a maioria dos usuários, independentemente do problema em questão, procura o enfermeiro para que ele possa auxiliá-lo na resolução do seu problema.”
7	“O profissional de enfermagem é que fica maior tempo com o indivíduo, assim sendo, passa a ter uma relação mais estreita.”
8	“Todos os aspectos. Porque sem o profissional de enfermagem, a saúde não ‘vive’.”
9	“O cuidado de enfermagem tem um contato direto com o cliente. Muitas vezes, você o acompanha por muito tempo, entra em sua intimidade, desempenha papel confidente, psicólogo, pai, mãe, irmão, etc.”
10	“... a partir do momento que a enfermagem é a profissão que está mais presente e intimamente ligada ao indivíduo.”
11	“No diálogo. O paciente confia muito no profissional de saúde.”
12	“Por estar mais presente com o cliente.”

•Categorização sobre o cuidado de enfermagem ser ou não diferente do de outros profissionais (quadro 2c):

- O cuidado de enfermagem foi várias vezes demonstrado como o ato de proporcionar conforto mental/emocional, por conta da demanda de maior tempo/intimidade que o profissional tem com o paciente:

“... porque ele busca, além da reabilitação física, o bem estar emocional do paciente. (...) os profissionais da enfermagem são aqueles que estão em contato direto com os pacientes a maior parte do tempo, o que permite a criação de uma relação de confiança entre o profissional e o cliente (...)” *P 1*

“Em vários aspectos, principalmente o afetivo, emocional; porque não é somente realizar um procedimento. A enfermagem permanece 24 horas com o paciente.” *P 2*

“No contato direto com o cliente, que só a enfermagem tem e as outras profissões nem tanto.” P 3

“A enfermagem lida diretamente com o cliente nos seus momentos mais angustiantes e se torna invasiva no âmbito domiciliar e pessoal.” P 4

“No relacionamento interpessoal, devido à proximidade e maior tempo de contato com o cliente.” P 5

“O profissional de enfermagem é que fica maior tempo com o indivíduo, assim sendo, passa a ter uma relação mais estreita.” P 7

“O cuidado de enfermagem tem um contato direto com o cliente. Muitas vezes, você o acompanha por muito tempo, entra em sua intimidade, desempenha papel confidente, psicólogo, pai, mãe, irmão, etc.” P 9

“... a partir do momento que a enfermagem é a profissão que está mais presente e intimamente ligada ao indivíduo.” P 10

“Por estar mais presente com o cliente.” P 12

- Depreendemos, daqui, as tecnologias leves sendo uma constante. Elas são parte dos processos gerenciais do enfermeiro, nos aspectos que visam a vinculação, a responsabilização, a cooperação e autonomização, nas relações entre a equipe e também para com o paciente, num processo de emancipação dos sujeitos que participam da produção em saúde⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾. Da mesma maneira, Freire nos acena quanto à importância do diálogo e da emancipação dos sujeitos perante o meio em que vive, por meio do desenvolvimento da consciência crítica. Como nos aponta Moretti-Pires, esse processo seria “uma transposição da educação para a liberdade de Freire em educação para a saúde e o empoderamento no âmbito do SUS”⁽⁴⁷⁾.

- Ficou patente a figura do enfermeiro/enfermagem enquanto profissional de referência em um serviço de saúde:

“O enfermeiro, muitas vezes, é (profissional de) referência na unidade de saúde. Sendo assim, a maioria dos usuários, independentemente do problema em questão, procura o enfermeiro para que ele possa auxiliá-lo na resolução do seu problema.” P 6

“Todos os aspectos. Porque sem o profissional de enfermagem, a saúde não ‘vive’.” P 8

- Essas afirmações decorrem do fato no qual o profissional enfermeiro apresenta um perfil de liderança entre a equipe de saúde. A família ou indivíduo se reportam ao profissional em que é estabelecido um vínculo, e assim, muitas vezes, o profissional de enfermagem exerce grande influência, pois relaciona-se com maior frequência e intensidade⁽¹⁰⁹⁾.

- Houve a apreensão do diálogo do paciente com o profissional de enfermagem:

“(...) o paciente se sente à vontade para falar sobre seus problemas, aliviando a tensão e o estresse, e colaborando para sua recuperação.” P 1

“No diálogo. O paciente confia muito no profissional de saúde.” P 11

- Aqui, mais uma vez, depreendemos da importância do diálogo na prática humana em saúde.

Quadro 2d – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 2d: A partir de sua prática profissional, você percebe a humanização sendo praticada com mais evidência em quais áreas – unidade de saúde da família, hospital, pronto socorro, etc?

Participante (P)	Respostas
	A humanização é praticada com mais evidência na área:
1	“Acho que todas as áreas têm buscado a humanização. No entanto, a partir da minha prática profissional percebo que na Unidade de Saúde da Família, o atendimento ainda é o mais humanizado porque não só a enfermagem, como toda a equipe de saúde - médico, agentes comunitários de saúde - constrói uma relação de proximidade e confiança com os usuários da unidade através das visitas domiciliares e grupos educativos. As visitas permitem que a equipe conheça o indivíduo na comunidade e no seu lar, ou seja, como um ser humano que tem crenças, hábitos, relações sociais, e não apenas como um paciente que necessita de atenção médica.”
2	“Na unidade de saúde da família.”
3	“Em todas as áreas, desde que tenham profissionais competentes e capacitados.”
4	“Hospital e USF (unidade de saúde da família).”
5	“Unidade de Saúde da Família e Santa Casa - hospital.”
6	“Geralmente ela é mais praticada na unidade de saúde da família porque o vínculo com o cliente e torna maior, estabelecendo confiança recíproca entre os indivíduos. No entanto, a humanização é mais inerente ao profissional do que ao lugar onde ele atua.”
7	“USF.”
8	“Sem dúvida, nos hospitais.”
9	“Todas as áreas são abordadas; mas acredito que unidade de saúde da família é a que mais aborda esse tema, pois você tem contato sempre com essas famílias, seus problemas, alegrias, doenças. Você o acompanha sempre. Cria um vínculo de confiança.”
10	“Unidade de saúde da família.”
11	“PSF (programa de saúde da família=USF).”
12	“Unidade de Saúde da Família.”

•Categorização da área que a humanização é praticada com mais evidência (quadro 2d):

- Unidade de saúde da família:

“Acho que todas as áreas têm buscado a humanização. No entanto, a partir da minha prática profissional percebo que na Unidade de Saúde da Família, o atendimento ainda é o mais humanizado porque não só a enfermagem, como toda a equipe de saúde - médico, agentes comunitários de saúde - constrói uma relação de proximidade e confiança com os usuários da unidade através das visitas domiciliares e grupos educativos. As visitas permitem que a equipe conheça o indivíduo na comunidade e no seu lar, ou seja, como um ser humano que tem crenças, hábitos, relações sociais, e não apenas como um paciente que necessita de atenção médica.” P 1

“Na unidade de saúde da família.” P 2

“Geralmente ela é mais praticada na unidade de saúde da família porque o vínculo com o cliente e torna maior, estabelecendo confiança recíproca entre os indivíduos. No entanto, a humanização é mais inerente ao profissional do que ao lugar onde ele atua.” P 6

“USF.” P 7

“Todas as áreas são abordadas; mas acredito que unidade de saúde da família é a que mais aborda esse tema, pois você tem contato sempre com essas famílias, seus problemas, alegrias, doenças. Você o acompanha sempre. Cria um vínculo de confiança.” P 9

“Unidade de saúde da família.” P 10

“PSF (programa de saúde da família=USF).” P 11

“Unidade de Saúde da Família.” P 12

- Hospital:

“Sem dúvida, nos hospitais.” P 8

- Unidade de saúde da família e hospital:

“Hospital e USF (unidade de saúde da família).” P 4

“Unidade de Saúde da Família e Santa Casa - hospital.” P 5

Uma particularidade dos participantes, foi que todos eles já trabalharam em unidades de pronto atendimento ou hospitais, porém nem todos trabalharam em unidades de saúde da família (P 8). Entretanto, foi grande a referência a unidade de saúde da família, serviço esse que busca articular a realidade aos significados originais dos princípios do SUS, a universalidade, a equidade e a integralidade^(8;58;87).

➔ 5.7 Eixo temático 3: Humanização

Quadro 3a - Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3a: O que significa humanização para você?

Participante (P)	Respostas Humanização significa:
1	"... agir com empatia com o paciente, tratando-lhe não só como usuário do serviço de saúde, mas também como ser humano que é, com sentimentos, crenças, etc. É tentar compreendê-lo e criar um ambiente acolhedor que amenize seu sofrimento."
2	"... o desenvolvimento de afinidade, sensibilidade e abertura para escutar e dialogar com o intuito de acolher o usuário."
3	"... dar uma assistência ao paciente da melhor forma."
4	"... fundamental para o relacionamento interprofissional."
5	"... se colocar no lugar do outro, não ver o cliente na Unidade de Saúde como só mais um; é procurar saber onde vive e como vive essa pessoa; quais suas dificuldades. Será que tem moradia adequada, alimentação, freqüentam escola, freqüentam algum grupo religioso? Tudo isso interfere na saúde do indivíduo; às vezes não é só a "doença" propriamente dita."
6	"A humanização deve ser pensada tanto na construção das políticas públicas quanto no cotidiano dos serviços, não apenas nos serviços de saúde.(Significa) Integrar o usuário e compreendê-lo como ser ativo e dotado de necessidades especiais que requerem medidas individuais, possibilitando que o mesmo se sinta acolhido e parte do serviço."
7	"Ver o cliente como um todo, não fragmentado, individualizado como um ser único."
8	"... direito de todos, independente de raça, cor e religião."
9	"Ver o cliente como um todo, buscando melhor atendimento na saúde, acolhendo-o."
10	"Acolhimento necessário e adequado em suas variadas situações."
11	"Para mim, humanização em saúde significa acolhimento. É poder ouvir o paciente, entendê-lo e tentar ajudá-lo."
12	"Melhor qualidade (de relação) entre profissional e cliente, melhor comunicação."

●Categorização das falas dos enfermeiros pesquisados sobre o significado de humanização (quadro 3a):

Quando perguntamos sobre o que significa humanização para eles, apresentamos a seguir as respostas, categorizadas e discutidas.

- A humanização foi descrita como diálogo para com o paciente, empatia, sensibilidade, acolhimento:

"... agir com empatia com o paciente (...) É tentar compreendê-lo e criar um ambiente acolhedor que amenize seu sofrimento" P 1

"... o desenvolvimento de afinidade, sensibilidade e abertura para escutar e dialogar com o intuito de acolher o usuário" P 2

"... se colocar no lugar do outro" P 5

“Integrar o usuário (...) possibilitando que o mesmo se sinta acolhido e parte do serviço” P 6

“(...) acolhendo-o” P 9

“Acolhimento necessário e adequado em suas (*do paciente*) variadas situações” P 10

“Para mim, humanização em saúde significa acolhimento. É poder ouvir o paciente, entendê-lo e tentar ajudá-lo” P 11

- A noção de acolhimento vem sendo restringida a atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente reconfortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento, características essas muito presentes especialmente nos serviços de urgência⁽⁸⁴⁾.

O acolhimento aos cidadãos-usuários e aos cidadãos-trabalhadores nos serviços de saúde, e as mudanças na postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, considerando os processos de trabalho, são desafios para repensar e criar novas formas de agir em saúde. Dessa forma, é favorecida uma relação de confiança e compromisso entre equipes e serviços, e atenção é levada de maneira resolutiva, humanizada e acolhedora⁽⁸⁴⁾.

- Alguns enfermeiros responderam que a humanização seria ter uma visão de ser humano, ter uma visão do indivíduo mais integral e não fragmentada, e considerar o paciente com suas necessidades individuais/subjetivas:

“(...) tratando-lhe (*o paciente*) não só como usuário do serviço de saúde, mas também como ser humano que é, com sentimentos, crenças, etc” P 1

“(...) não ver o cliente na unidade de saúde como só mais um” P 5

“Integrar o usuário e compreendê-lo como ser ativo e dotado de necessidades especiais que requerem medidas individuais (...)” P 6

“Ver o cliente como um todo, não fragmentado, individualizado como um ser único” P 7

“Ver o cliente como um todo, buscando melhor atendimento na saúde (...)” P 9

- A enfermagem está inserida em um cenário complexo com relação à humanização. A complexidade desse cenário configura-se desde o alcance de uma formação crítico-reflexiva, que agregue os pressupostos teóricos e pedagógicos progressistas, passando pelos atuais referenciais da educação para a saúde, com vistas à superação de paradigmas pedagógicos tradicionais; e vai até a busca por uma assistência que se caracterize integral^(4;47-48;89).

Os pressupostos freireanos que discorrem acerca da humanização, entendemos que prescindem o que o SUS propõe, fundamentando a assistência em saúde de modo integral. O universo conceitual freireano além de situar-se enquanto teoria intelectual acadêmica, abarca a realidade vivida e o homem que dela faz parte^(11-18;94).

Ao resgatar-se a questão de trabalhar a humanização ligada ao enfermeiro, é preciso considerar, portanto, que este profissional, enquanto ser humano, imerso em uma realidade social, modula e é modulado por ela, residindo nessa observação, uma das justificativas de se aplicar o marco teórico freireano.

A opressão, para Freire, significa a não permissão ao homem de refletir sobre si mesmo, nem aos seus semelhantes e ao mundo de maneira crítica. Desumanizar é tornar o homem próximo dos animais, que somente vivem pelo contato⁽¹¹⁾. Um dos determinantes de se efetivar ou mesmo de aproximar a uma assistência integral, seria o profissional de saúde considerar, que o usuário relaciona-se com outras pessoas, estando inserido em uma realidade em que modula e é modulado por ela.

- Também houve o entendimento da humanização como uma boa assistência e relacionamento interpessoal (usuário-profissional; entre profissionais):

“... dar uma assistência ao paciente da melhor forma” P 3

“... fundamental para o relacionamento interprofissional” P 4

“Melhor qualidade (*de relacionamento interpessoal*) entre profissional e cliente, melhor comunicação” P 12

- Denotamos, portanto, a humanização sendo vislumbrada como atendimento de qualidade. Também foi citado o bom relacionamento interpessoal. Ceribelli discorre que a humanização englobaria não somente o oferecimento do atendimento com qualidade, mas também a melhoria das condições de trabalho para os profissionais. E o bom relacionamento do binômio profissional/usuário seria favorecido pelos avanços tecnológicos, pois eles dariam melhores condições de operacionalidade do trabalho em saúde⁽⁸⁹⁾.

A compreensão, através do diálogo, leva ao estabelecimento de metas conjuntas que propiciam o bem-estar recíproco. Nesse contexto, conforme tentamos demonstrar, depreende-se que, cada vez mais, torna-se necessário que o enfermeiro desenvolva as habilidades de gerência e de liderança que enfocam o uso de tecnologias leves (chamadas também, relacionais), pois que a humanização

implica dar espaço tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais de saúde, de forma que uma rede de diálogo seja formada para que sejam promovidas ações, programas e políticas assistenciais, estabelecendo-se relações de respeito, ética, solidariedade e reconhecimento, mútuos^(43;62).

- Houve o significado de contextualizar o meio e as condições em que o paciente vive, além da doença:

“(...) é procurar saber onde vive e como vive essa pessoa; quais suas dificuldades. Será que tem moradia adequada, alimentação, frequentam escola, frequentam algum grupo religioso? Tudo isso interfere na saúde do indivíduo; às vezes, não é só a ‘doença’ propriamente dita” P 5

- Freire coloca que no processo educativo, nas relações estabelecidas entre educador e educando - e aqui transportamos para a educação para a saúde enquanto cenário de trocas de vivências entre profissional e usuário -, faz-se mister se ter a consciência da historicidade que permeia o ser humano e seus semelhantes, e sobre o mundo em que e com que vive. Ele acrescenta ainda que a humanização, intimamente ligada a consciência epistemológica e não mais ingênua despertada pela educação, só será possível por meio da dialogicidade, do respeito e das relações horizontalizadas entre educador e educando⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

Apossamos também do pensamento freireano que discute sobre o modo peculiar de se trabalhar a mercê da técnica e da tecnologia, ao deliberar que dessa maneira, não haveria a consideração do contexto histórico-social porque todos passamos. Não haveria, assim, a consideração de que os profissionais de saúde são seres humanos que cuidam de outros seres humanos, inseridos num cenário de luta política diária pelo resgate da cidadania, sendo agentes de transformação social, e estão, deveras, imersos na objetividade e subjetividade da realidade.

- Outro aspecto foi o de pensar a humanização nas políticas públicas e no cotidiano dos serviços de saúde:

“A humanização deve ser pensada tanto na construção das políticas públicas quanto no cotidiano dos serviços, não apenas nos serviços de saúde (...)” P 6

- No texto do MS que conceitua humanização, entende-se que este termo deve ser compreendido como uma política pública de saúde (não reduzido a um princípio), para tornar concretos os princípios do SUS. A humanização apresenta

dupla tarefa, pois visa a partir da produção de sujeitos, haver a produção de saúde⁽⁶²⁾.

E, mais do que estar presente nos serviços de saúde, as propostas de humanização enfocariam a “essência humana”, que por sua vez estaria sujeita aos processos de mudanças imanentes à humanidade, de acordo com cada época, relacionadas a valores como trabalho, socialidade, universalidade, consciência e liberdade⁽⁶⁸⁾.

- O direito à saúde para todos, sem discriminação de qualquer natureza, também foi abordado como significado da humanização:

“Significa direito de todos, independente de raça, cor e religião” P 8

- Neste sentido, compreende-se que a Política Nacional de Humanização coincide com os princípios do SUS (acesso universal da saúde, equidade da atenção e na integralidade). Enfoca a necessidade de assegurar atenção integral à população e a ampliação dos direitos e da condição de cidadania das pessoas. Busca, portanto, autonomia, solidariedade, transformação da realidade, co-responsabilização, vínculo e participação coletiva nos processos de gestão e produção de saúde, resgatando a cidadania dos sujeitos⁽⁸³⁾.

Quadro 3b – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3b: Você se lembra se houve disciplinas ou discussões sobre humanização em sua formação profissional?

Participante (P)	Respostas
	Se na formação profissional houve disciplinas/discussões sobre humanização:
1	“Sim. Uma disciplina optativa chamada ‘Humanização no Atendimento à Saúde’(carga horária: 30 horas).”
2	“Não tive disciplinas, mas houve discussões sobre humanização.”
3	“Sim, várias discussões sobre vários temas de humanização.”
4	“Com certeza (ética profissional).”
5	“Me lembro de algumas discussões sobre humanização em Saúde Pública (PSFs) e Saúde da Mulher (Trabalho de Parto).”
6	“Sim.”
7	“Não, sou da geração antiga, aprendi com a vivência mesmo.”
8	“Sim.”
9	“Sim. Em quase todas disciplinas esse tema foi abordado.”
10	“Pouco se comentava.”
11	“Sim, sempre. Do primeiro ao último ano.”
12	“Sim.”

•Categorização das falas dos enfermeiros pesquisados sobre o ensino da humanização na formação profissional (quadro 3b):

- Respostas “sim”, ou discussões sobre o assunto: P1, P 2, P3, P4, P5, P6, P8, P9, P11, P12.
- Respostas “não”: P 7, P 10.
- As políticas públicas na área da saúde e da educação visam a formação crítico-reflexiva, voltada para a construção de competências técnico-científicas, mas também políticas das profissões em saúde, havendo integração entre ensino-serviço-comunidade. Busca-se a formação humanista, atrelada à realidade dos serviços de saúde e comunidade, que ultrapassem o espaço do processo ensino-aprendizagem limitado pela universidade^(4;48;76). Verificamos, pois, que as disciplinas na área em questão vem sendo gradualmente introduzidas no curso superior de enfermagem.

Quadro 3c – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3c: Você humaniza seu serviço? Dê exemplos disso.

Participante (P)	Respostas Se o serviço é humanizado:
1	"Sim. Nossa equipe tente humanizar o serviço ouvindo os pacientes, deixando que eles falem sobre seus problemas e preocupações pois muitos deles procuram nossa ajuda apenas porque necessitam "desabafar" suas angústias. Procuramos criar um "laço" de confiança entre a comunidade e o serviço de saúde, através dos agentes comunitários de saúde e visitas domiciliares. Também, na medida do possível, priorizamos os atendimentos médicos de acordo com a gravidade ou urgência dos casos, e dispomos de consultas extras para os idosos."
2	"Sim, na medida do possível. Ex.: tento estabelecer relações tão próximas e claras que o usuário passa a adquirir confiança e todos os seus problemas inclusive "sofrimento" nos é transmitido."
3	"Sim, procuro sempre dar solução para os problemas de cada paciente, atendendo eles da melhor forma, e respeitando as suas opiniões sobre o serviço."
4	"Sim. Quando surge obstáculos para o desenvolver do trabalho, marcamos reunião no qual usamos o bom senso e juntos chegamos a um resultado final."
5	"Sim. Estar sempre aberta a conversar com clientes e ACSs, mesmo que não seja relacionado à doenças."
6	"Na medida do possível. No atendimento ao cliente, na escuta participativa e no estabelecimento do vínculo com o paciente."
7	"Acredito que sim, pelo menos tento. Ex.: procuro liderar a equipe que trabalho através de uma educação permanente minha e deles, temos reuniões semanais onde eles me passam os problemas e juntos procuramos soluções, não esquecendo que o conhecimento científico deve seguir sempre junto."
8	"Sim, tento atender todos (de forma) igual e ouvir todos."
9	"Sim. Busco sempre acolher o paciente da melhor forma possível, explicando os procedimentos e sempre mantendo sua privacidade e vontade."
10	"Sim. Ex.: atendimento ao cliente (de forma profissional, tentando entender suas necessidades)."
11	"Sim. Atendo a todos os meus pacientes em minha sala, sempre acolhendo e tentando resolver seus problemas, principalmente passando educação em saúde para que os mesmos adquiram uma melhor qualidade de vida."
12	"Sim, orientando clientes que buscam o serviço, com a equipe de trabalho."

•Categorização das falas dos enfermeiros pesquisados sobre a humanização de seus serviços (quadro 3c):

- Houve a percepção que a humanização está ligada à qualidade do atendimento:

"Sim, procuro sempre dar solução para os problemas de cada paciente, atendendo eles da melhor forma, e respeitando as suas opiniões sobre o serviço." P 3

- A qualidade do atendimento em saúde é considerado como um dos fatores que contribuem para a humanização⁽⁵⁾. Entretanto, a humanização em saúde vai além da melhoria da assistência do ponto de vista técnico, bem como do

reconhecimento dos direitos do paciente e da valorização dos trabalhadores, pois humanizar estaria associado as relações/vínculos estabelecidos entre os profissionais e para com os pacientes, refletindo que as tecnologias leves devem ser aperfeiçoadas⁽⁵⁾. Esse fato remonta ao universo freireano sobre a humanização, no sentido de se estimular o diálogo e o exercício da crítica (o respeito às opiniões), na busca por uma educação que emancipe o ser humano, visando a cidadania⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

- As falas a seguir associam a humanização do serviço ao ouvir (acolher), ter empatia com os usuários:

“Sim. Nossa equipe tente humanizar o serviço ouvindo os pacientes, deixando que eles falem sobre seus problemas e preocupações pois muitos deles procuram nossa ajuda apenas porque necessitam “desabafar” suas angústias. Procuramos criar um “laço” de confiança entre a comunidade e o serviço de saúde, através dos agentes comunitários de saúde e visitas domiciliares. Também, na medida do possível, priorizamos os atendimentos médicos de acordo com a gravidade ou urgência dos casos, e dispomos de consultas extras para os idosos.” *P 1*

“Sim, na medida do possível. Ex.: tento estabelecer relações tão próximas e claras que o usuário passa a adquirir confiança e todos os seus problemas inclusive “sofrimento” nos é transmitido.” *P 2*

“Sim. Estar sempre aberta a conversar com clientes (...), mesmo que não seja relacionado à doenças.” *P 5*

“Na medida do possível. No atendimento ao cliente, na escuta participativa e no estabelecimento do vínculo com o paciente.” *P 6*

“Sim, tento atender todos (de forma) igual e ouvir todos.” *P 8*

“Sim. Busco sempre acolher o paciente da melhor forma possível, explicando os procedimentos e sempre mantendo sua privacidade e vontade.” *P 9*

“Sim. Ex.: atendimento ao cliente (de forma profissional, tentando entender suas necessidades).” *P 10*

“Sim. Atendo a todos os meus pacientes em minha sala, sempre acolhendo e tentando resolver seus problemas, principalmente passando educação em saúde para que os mesmos adquiram uma melhor qualidade de vida.” *P 11*

“... orientando clientes que buscam o serviço, com a equipe de trabalho.” *P 12*

- Percebemos, pois, a importância atribuída ao acolhimento e às relações interpessoais. A comunicação/diálogo promovem a humanização, ao catalisar as trocas de experiências e de conhecimento, e mais do que isso, considera os aspectos humanos, facilitando a expressão dos sentimentos e emoções, havendo uma relação recíproca de reconhecimento, entre profissional e usuário⁽⁶⁹⁾. O enfermeiro, utilizando das tecnologias leves, participa do processo de humanização, estabelecendo relações dialógicas entre os trabalhadores e os usuários⁽⁴³⁾.

- Aqui, a humanização no serviço foi referida com haver a possibilidade de ter reuniões entre a equipe profissional:

“Sim. Quando surge obstáculos para o desenvolver do trabalho, marcamos reunião no qual usamos o bom senso e juntos chegamos a um resultado final.”

P 4

“Sim. Estar sempre aberta a conversar com (...) ACSs, mesmo que não seja relacionado à doenças.” *P 5*

“Acredito que sim, pelo menos tento. Ex.: procuro liderar a equipe que trabalho através de uma educação permanente minha e deles, temos reuniões semanais onde eles me passam os problemas e juntos procuramos soluções, não esquecendo que o conhecimento científico deve seguir sempre junto.” *P 7*

- As falas apontam para o diálogo entre a equipe, o que remonta à dialogicidade destacada pelo marco teórico freireano⁽¹¹⁾, o qual podemos apreender que, no processo da Educação para a Saúde, é importante que se faça valer o respeito às opiniões e vivências do outro, sendo que, conjuntamente, os profissionais problematizem as situações e busquem por soluções. Esse processo educativo, em que o enfermeiro, exercendo função de liderança em uma unidade de saúde, remete aos pressupostos freireanos da educação problematizadora/libertadora, em que a ação, sendo discutida e problematizada – entendida como reflexão, constrói conhecimento e promove a ação transformadora da realidade^(39;52;77).

Quadro 3d – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3d: Cite alguns aspectos (estruturais, culturais, de formação profissional, políticos, etc) que, na sua opinião, prejudicam ou atrasam a humanização em saúde.

Participante (P)	Respostas
	Os aspectos que prejudicam a humanização em saúde são:
1	“Acredito que todos os serviços de saúde enfrentam alguma dificuldade para humanizar o serviço. Na nossa unidade, por exemplo, não há uma estrutura física adequada para acolher confortavelmente todos os pacientes. Falta espaço físico para que eles sejam atendidos com privacidade. Alguns usuários do serviço ainda não aceitam o fato de que os idosos e as pessoas com quadros de saúde mais graves tenham prioridade no atendimento, o que causa tumulto e discussões. Outra dificuldade, que acredito ser comum a todos os serviços, é que muitas vezes trabalhamos sobrecarregados e não temos tempo para dar muita atenção a todos os pacientes.”
2	“Estruturais: nas unidades, a falta de salas de espera, salas de procedimentos, deixam o usuário esperando para realização de um procedimento (sala de curativo contaminado). Culturais: (não) respeitar o modo e a qualidade de vida do paciente, respeitando a sua privacidade. Formação profissional: os técnicos de enfermagem que mantêm uma jornada de trabalho dupla. A falta de funcionários sobrecarregando outros; a insatisfação salarial. Políticos: vereadores, presidentes de associações (de moradores) interferindo na rotina dos atendimentos através de bilhetes e telefonemas.”
3	“Não vejo problemas que prejudicam a humanização quando o profissional está disposto a trabalhar.”
4	“Muitas vezes a estrutura atrapalha quando não apresenta condições para uma conversa individual, o técnico de enfermagem com uma postura imponente desestrutura toda a equipe.”
5	“Aqui na nossa unidade de saúde não podemos fazer ligações telefônicas, não temos um automóvel destinado a visitas domiciliares, algumas atitudes que tomamos vão parar na “rádio”, em vereadores, prefeito.”
6	“Alguns clientes procuram o serviço e necessitam ser atendidos pelo médico da unidade, no entanto como o número de atendimento é limitado, alguns não são atendidos, sendo referenciados a outro serviço de saúde, de acordo com a complexidade. Esse fato enfraquece o vínculo com o usuário, tendo em vista que frustra a expectativa do mesmo.”
7	“No serviço público de saúde, muitas vezes a humanização é atrasada por mudanças de governos, muitas vezes a administração atual não concorda com a anterior, onde temos que iniciar atividades novas e parar com as que existiam anteriormente. Nossos políticos tinham que aprender a não tirar proveito de situações.”
8	“Principal aspecto que prejudica na minha opinião é política.”
9	“Nos casos estruturais, as unidades precisariam de mudanças como na própria recepção, mantendo um lugar mais tranquilo e calmo sem tumultos com conforto. A humanização nos últimos tempos tem sido enfoque, mas existem profissionais ‘antigos’ que atuam descontentes. A própria remuneração e desvalorização da categoria atrapalham, pois deixam os profissionais descontentes refletindo assim no atendimento.”
10	“Capitalismo, intolerância, vocação profissional, cargos por indicação.”
11	“Profissional sobrecarregado, poucos profissionais em uma unidade de saúde, profissionais com má formação.”
12	“Falta de espaço adequado nas unidades, baixa (má) formação profissional.”

•Categorização das falas dos enfermeiros pesquisados sobre os aspectos que prejudicam a humanização em saúde (quadro 3d):

- Quanto aos aspectos que podem dificultar a humanização em saúde, foram apontados diversos problemas, relacionados a estrutura física, aos aspectos culturais, políticos, capitalistas e outros. Houve também um participante que apontou não haver dificuldade de humanização em saúde.

- Analisamos que foi apontada a estrutura física dos serviços de saúde, bem como a falta de equipamentos que facilitem o trabalho, e por isso, prejudicam a humanização:

“Acredito que todos os serviços de saúde enfrentam alguma dificuldade para humanizar o serviço. Na nossa unidade, por exemplo, não há uma estrutura física adequada para acolher confortavelmente todos os pacientes. Falta espaço físico para que eles sejam atendidos com privacidade.” *P 1*

“Estruturais: nas unidades, a falta de salas de espera, salas de procedimentos, deixam o usuário esperando para realização de um procedimento (sala de curativo contaminado).” *P 2*

“Muitas vezes a estrutura atrapalha quando não apresenta condições para uma conversa individual (...)” *P 4*

“Aqui na nossa unidade de saúde não podemos fazer ligações telefônicas, não temos um automóvel destinado a visitas domiciliares (...)” *P 5*

“Nos casos estruturais, as unidades precisariam de mudanças como na própria recepção, mantendo um lugar mais tranquilo e calmo sem tumultos com conforto (...)” *P 9*

“Falta de espaço adequado nas unidades...” *P 12*

- De acordo com o MS, a assistência à saúde tem focado a atenção às doenças e aos procedimentos e tarefas, e não visando os objetivos comuns de trabalho. O repensar do processo de integralizar a assistência, tem a pretensão de possibilitar a atenção por avaliação de necessidades e níveis de complexidade. A arquitetura pode contribuir, rompendo com a fragmentação do trabalho que, reflete-se na fragmentação do espaço. “A ambiência (...) refere-se ao tratamento dado aos espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva”, ao considerarmos alguns elementos que facilitam a interrelação homem versus espaço⁽¹¹²⁾.

A ambiência, como esboçada pelo MS, remete à área hospitalar, porém, neste estudo nos atrevemos a atribuir os princípios a todo serviço que ofereça atenção à saúde. A ambiência segue três eixos: o espaço promovendo reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho; o espaço visando a confortabilidade, focada na

privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos; o espaço facilitando o trabalho funcional, ao fornecer a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo⁽¹¹²⁾.

- Outra categoria analisada foi a relacionada aos profissionais, à sobrecarga de trabalho, desvalorização e poucos profissionais, no que tange aos aspectos que atravancam a humanização:

“(...) Outra dificuldade, que acredito ser comum a todos os serviços, é que muitas vezes trabalhamos sobrecarregados e não temos tempo para dar muita atenção a todos os pacientes.” P 1

“(...) os técnicos de enfermagem que mantêm uma jornada de trabalho dupla. A falta de funcionários sobrecarregando outros; a insatisfação salarial.(...)” P 2

“Alguns clientes procuram o serviço e necessitam ser atendidos pelo médico da unidade, no entanto como o número de atendimento é limitado, alguns não são atendidos, sendo referenciados a outro serviço de saúde, de acordo com a complexidade. Esse fato enfraquece o vínculo com o usuário, tendo em vista que frustra a expectativa do mesmo.” P 6

“(...) A humanização nos últimos tempos tem sido enfoque, mas existem profissionais ‘antigos’ que atuam descontentes. A própria remuneração e desvalorização da categoria atrapalham, pois deixam os profissionais descontentes refletindo assim no atendimento.” P 9

“(...) intolerância, (falta de) vocação profissional (...)” P 10

“Profissional sobrecarregado, poucos profissionais em uma unidade de saúde, profissionais com má formação.” P 11

“... baixa (má) formação profissional.” P 12

- A PNH busca a valorização de todos os sujeitos envolvidos na produção em saúde, sendo estes: os usuários, gestores e trabalhadores⁽⁶²⁾. A desvalorização dos profissionais nos remonta a relação de opressão teorizada por Freire, o que dificulta a humanização em saúde, visto que, o trabalhador atuando descontente, e muitas vezes sobrecarregado, não favorece uma boa assistência técnica e nem o estabelecimento de vínculo e diálogo com o usuário, resultando, assim, uma prática em saúde que acaba por desconsiderar o ser humano (tanto o ser humano usuário, quanto o ser humano trabalhador)⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

- Foi apontada a falta de conhecimento dos usuários com relação aos atendimentos:

“(...) Alguns usuários do serviço ainda não aceitam o fato de que os idosos e as pessoas com quadros de saúde mais graves tenham prioridade no atendimento, o que causa tumulto e discussões(...)” P 1

- Na prática em saúde, vale destacar que em vários aspectos, o trabalhador pode assumir o papel de opressor, a que os pressupostos freireanos nos colocam⁽¹⁾. Neste processo, faz-se mister resgatar a Educação para a Saúde, de forma a problematizar as situações e procurar por ações transformadoras, no sentido que o usuário conheça seus direitos e seus deveres, na busca pela cidadania e pela solidariedade, os quais também remetem aos pressupostos humanizadores do MS^(11;62).

- Também houve os aspectos culturais dos profissionais:

“(...) Culturais: (não) respeitar o modo e a qualidade de vida do paciente, respeitando a sua privacidade (...)” P 2

- A Política Nacional de Humanização refere o respeito aos modos de viver e às necessidades dos usuários⁽⁶²⁾. Essa política do SUS acaba por resgatar os pressupostos freireanos, no que diz respeito a respeitar as opiniões, conhecimentos e modos de vida, para possibilitar a construção de conhecimento e a ação transformadora da realidade⁽¹¹⁾.

- Relacionado aos aspectos políticos:

“Políticos: vereadores, presidentes de associações (de moradores) interferindo na rotina dos atendimentos através de bilhetes e telefonemas.” P 2

“(...) algumas atitudes que tomamos vão parar na “rádio”, em vereadores, prefeito.” P 5

“No serviço público de saúde, muitas vezes a humanização é travancada por mudanças de governos, muitas vezes a administração atual não concorda com a anterior, onde temos que iniciar atividades novas e parar com as que existiam anteriormente. Nossos políticos tinham que aprender a não tirar proveito de situações.” P 7

“Principal aspecto que prejudica na minha opinião é política.” P 8

“(...) cargos por indicação.” P 10

- Relacionado ao modo de produção capitalista:

“Capitalismo...” P 10

- As duas últimas categorias remetem à relação opressor-oprimido revelado por Freire, no sentido de que os profissionais e os usuários acabam por ser oprimidos por um sistema político que exalta a produção em busca do lucro; a divisão, e portanto, a fragmentação do trabalho por tarefas e a não associação entre os trabalhadores, das partes para o todo; a perda dos valores de partilha, de ética e de

cidadania, tornando a democracia impossibilitada de garantir o mínimo de dignidade para se viver, de forma igualitária^(7;11;26).

Em uma conceituação recente que o MS, em 2009, fez com relação ao acolhimento, destacando-o como diretriz que se alinha aos princípios do SUS, afirma-se⁽⁸⁴⁾:

O avanço de políticas com uma concepção de Estado mínimo, em sua reconfiguração da máquina estatal, tem produzido efeitos devastadores nos sistemas de seguridade social, que alijam grande parte da população da garantia das condições de existência, quanto no que se refere à mercantilização das relações entre sujeitos – transformadas, muitas vezes, em valor de troca.

Todo esse processo, entre outros fatores, acarretariam a opressão, linearmente ao que os pressupostos freireanos prerrogam, no sentido de que os trabalhadores, para obter alimentação e outras necessidades básicas de vida, venderiam a mão-de-obra, de forma especializada e, muitas vezes, sem valorização de seu trabalho, na busca pelo poder econômico de empresas, o que tornaria os profissionais impossibilitados de desenvolver o diálogo, a reflexão, a crítica, a criatividade, o trabalho integrado (entre os profissionais e na visão integral de ser humano), a solidariedade, e em última instância, a cidadania. Concluímos, assim, em nosso estudo, que a opressão no mundo do trabalho, prejudicaria todo o processo de Educação para a Saúde e a humanização no cuidado.

- Apreendemos a categoria relacionada a não ver problemas que prejudicam a humanização:

“Não vejo problemas que prejudicam a humanização quando o profissional está disposto a trabalhar.” P 3

- Aqui, no mínimo podemos registrar um comentário: o de que todos nós, enquanto seres humanos, sendo usuários ou trabalhadores, podemos lutar contra a opressão, na busca por humanizar a prática em saúde, ainda que esse caminho sofra tantos percalços e barreiras⁽⁶²⁾.

Quadro 3e – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3e: Qual(is) aspecto(s) você acha que são essenciais na humanização em saúde?

Participante (P)	Respostas
	Os aspectos essenciais na humanização em saúde são:
1	“... essencial um ambiente acolhedor, onde os pacientes sejam atendidos atenciosamente e com privacidade. Para isso, é necessário que os funcionários dos serviços de saúde tenham uma formação (capacitação adequada voltada para a humanização em saúde, que aborde além do aspecto orgânico do ser humano, os aspectos psicológico e social). Os profissionais precisam também de condições adequadas de trabalho como disponibilidade de materiais e espaço suficientes para o bom desempenho de suas funções. O serviço de saúde precisa dispor de um bom número de funcionários para que estes não trabalhem sobrecarregados e possam ser atenciosos com os usuários do serviço.”
2	“Além de um atendimento fraterno e humano, aperfeiçoar os conhecimentos continuamente. Controlar a dor(:) atender as queixas físicas e emocionais. Oferecer informações sobre a doença e os exames a serem realizados, informar quanto aos locais de atendimento. Respeitar o modo e a qualidade de vida de cada um. Realizar o acolhimento.”
3	“Boa formação, respeito, condições de trabalho, etc.”
4	“Dar condições de trabalho para o profissional.”
5	“Ter tempo disponível para atender as pessoas com calma, em local apropriado.”
6	“Humanizar a equipe.”
7	“A responsabilidade profissional e o amor à população atendida.”
8	“Formação profissional, estrutura e cultura.”
9	“Sempre enxergar o indivíduo como um todo se colocando no seu lugar, acolhendo-o com carinho e tentando entendê-lo para depois ver se é capaz de atendê-lo.”
10	“Capacitar e qualificar profissionais; apoio de gestores; valorização do trabalho na saúde.”
11	“Saber ‘ouvir’, ‘saber falar’, ‘ter atitude’ e ‘vontade’.”
12	“Formação profissional.”

•Categorização das falas dos enfermeiros pesquisados sobre os aspectos essenciais na humanização em saúde (quadro 3e):

- Com relação aos aspectos considerados essenciais para a humanização em saúde, foi apontado o ambiente físico:

“(...) Os profissionais precisam também de condições adequadas de trabalho como disponibilidade de materiais e espaço suficientes para o bom desempenho de suas funções.(...)” P 1

“...estrutura...” P 8

“Ter tempo disponível para atender as pessoas com calma, em local apropriado.” P 5

- O MS destaca a ambiência como parte da política de humanização, pois a arquitetura e organização do serviço de saúde auxilia nos processos de trabalho e no atendimento em saúde⁽¹¹²⁾.

- Foi considerada também, a formação profissional/aprimoramento e a valorização do trabalho em saúde:

“... essencial um ambiente acolhedor, onde os pacientes sejam atendidos atenciosamente e com privacidade. Para isso, é necessário que os funcionários dos serviços de saúde tenham uma formação (capacitação adequada voltada para a humanização em saúde, que aborde além do aspecto orgânico do ser humano, os aspectos psicológico e social).” *P 1*

“Além de um atendimento fraterno e humano, aperfeiçoar os conhecimentos continuamente (...)” *P 2*

“Boa formação...” *P 3*

“Humanizar a equipe.” *P 6*

“Formação profissional (...)” *P 8*

Capacitar e qualificar profissionais; apoio de gestores; valorização do trabalho na saúde.” *P 10*

“Formação profissional.” *P 12*

- Foi destacada, portanto, a importância da formação humanista, crítica e reflexiva, que se confirma nos documentos do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e na própria PNH^(8;62;75-76;86). Note-se que foi citado o apoio de gestores, e é necessário destacar que a humanização em saúde valoriza os gestores, trabalhadores e usuários⁽⁶²⁾. Também refletimos que o processo de humanizar a saúde está inserida, deveras, na área da Educação para a Saúde, visto que a capacitação da equipe e o conhecimento dos usuários permeiam as ações educativas em saúde, e além disso, vão de encontro aos pressupostos freireanos que enfocam a educação intimamente associada à humanização, esta entendida como emancipação e desenvolvimento da crítica entre os sujeitos^(11;33;39).

- Na opinião dos participantes, as condições de trabalho também contribuem para a humanização em saúde:

“(...) Os profissionais precisam também de condições adequadas de trabalho como disponibilidade de materiais e espaço suficientes para o bom desempenho de suas funções.(...)” *P 1*

“... condições de trabalho, etc.” *P 3*

“Dar condições de trabalho para o profissional.” *P 4*

- As condições de trabalho foram destacadas, para que a humanização em saúde seja exercida, pois requer o empenho da gestão e dos próprios trabalhadores em manter em bom estado o local de trabalho.

- O número ideal de funcionários também foi considerado como contribuição para a humanização:

“(...) O serviço de saúde precisa dispor de um bom número de funcionários para que estes não trabalhem sobrecarregados e possam ser atenciosos com os usuários do serviço.” *P 1*

- As condições de trabalho e o número ideal de funcionários são fatores que auxiliam no processo de humanização na saúde, visto que o SUS reflete o sucateamento do setor saúde⁽⁶²⁾.

- Denotou-se também, o fornecimento de informações para pacientes, família e comunidade:

“(..) Oferecer informações sobre a doença e os exames a serem realizados, informar quanto aos locais de atendimento.” *P 2*

- Esse aspecto citado insere-se na Educação para a Saúde, havendo o respeito pelo paciente/família/comunidade, o que vai de encontro ao marco teórico freireano relacionado à educação e à humanização⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

- Outro aspecto colocado para contribuir para a humanização em saúde foi o acolhimento, respeito e visão integral do indivíduo:

“(...) Respeitar o modo e a qualidade de vida de cada um. Realizar o acolhimento.” *P 2*

“(...) respeito (...)” *P 3*

“A responsabilidade profissional e o amor à população atendida.” *P 7*

Sempre enxergar o indivíduo como um todo se colocando no seu lugar, acolhendo-o com carinho e tentando entendê-lo para depois ver se é capaz de atendê-lo.” *P 9*

“Saber ‘ouvir’, ‘saber falar’, ‘ter atitude’ e ‘vontade’.” *P 11*

- Saber respeitar os modos de viver de cada um e saber ouvir, acolher, estão relacionados tanto ao marco teórico freireano, quanto à PNH, para efetivamente humanizar^(5-6;11-18;62). Note-se que também foi citado o ‘amor à população atendida’, o que fica patente a amorosidade destacada por Freire em suas obras⁽¹¹⁾.

Quadro 3f – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3f: E em geral, você percebe em seu serviço a humanização?

Participante (P)	Respostas
	Se a humanização é percebida no serviço:
1	"Sim. Percebo a humanização na forma que os funcionários atendem aos usuários, chamando-os pelos nomes, respeitando suas individualidades e limitações, e tentando sempre buscar a melhor solução para seus problemas."
2	"Sim, tentamos realizar um atendimento humanizado."
3	"Sim, pois todos os meus clientes saem satisfeitos com o trabalho realizado."
4	"Sinto no meu caso, a falta de humanização pelos chefes que não se importam como está o serviço e o profissional, mas à medida do possível, dentro da unidade temos uma humanização quanto a equipe."
5	"Sim."
6	"Sim."
7	"Sim, percebo, através da satisfação da maioria da população atendida na unidade, do entrosamento da equipe de trabalho."
8	"Tento o máximo que posso."
9	"Busco sempre humanizar o atendimento, acolhendo-o e buscando entender seus problemas. Entretanto em certas situações a própria estrutura física atrapalha e o pré-conceito do cliente sobre a saúde."
10	"Sim, dentro das condições oferecidas."
11	"Sim."
12	"Não."

•Categorização das percepções acerca da humanização em seus serviços (quadro 3f):

- A maioria dos enfermeiros revela que eles percebem que a humanização está presente nos próprios serviços de saúde: foram os participantes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11. Somente um participante respondeu "não" (P 12).

- Dos participantes que responderam que "sim" (ou seja, que percebem a humanização em seus serviços), alguns justificaram suas respostas.

- Assim, existe humanização quando eles percebem o respeito pelas características individuais dos pacientes por parte da equipe:

"Sim. Percebo a humanização na forma que os funcionários atendem aos usuários, chamando-os pelos nomes, respeitando suas individualidades e limitações, e tentando sempre buscar a melhor solução para seus problemas."

S 1

- E quando eles percebem a satisfação, dos pacientes, pelo atendimento:

"... todos os meus clientes saem satisfeitos com o trabalho realizado." P 4

"Sim, percebo, através da satisfação da maioria da população atendida na unidade(...)" P 7

- Também quando percebem o entrosamento da equipe de trabalho:

“(...) do entrosamento da equipe de trabalho.” P 7

- Alguns participantes percebem a humanização no serviço, entretanto, três participantes referiram alguns elementos que dificultam ou prejudicam a humanização nos seus próprios serviços. Um deles, referiu que a gestão muitas vezes não se preocupa em saber a situação do serviço e dos profissionais. E outro relatou a humanização sendo realizada dentro das condições que são oferecidas:

“Sinto no meu caso, a falta de humanização pelos chefes que não se importam como está o serviço e o profissional, mas à medida do possível, dentro da unidade temos uma humanização quanto a equipe.” P 4

“Sim, dentro das condições oferecidas.” P 10

- Um participante relatou que a estrutura física atrapalha e o conhecimento do paciente sobre o conceito de saúde:

“Busco sempre humanizar o atendimento, acolhendo-o e buscando entender seus problemas. Entretanto em certas situações a própria estrutura física atrapalha e o pré-conceito do cliente sobre a saúde.” P 9

- Nas categorias apresentadas nesta questão, observa-se que cada participante, a seu modo, e dependendo das condições oferecidas ou não, tentam exercer a humanização. Os aspectos como a ambiência, a desvalorização da gestão e os preconceitos com relação à prática em saúde prejudicam a humanização^(62;112). Já a dialogicidade, evidenciada pelo ‘entrosamento da equipe’, a satisfação do usuário e o respeito pelas subjetividades demonstram alguns dos fatores que podem contribuir na prática humana em saúde^(1;11;20;68;113).

Quadro 4 – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 4: Fale um pouco sobre o seu cotidiano com enfermeiro(a).

Participante (P)	Respostas O cotidiano com o enfermeiro é:
1	“Eu trabalho como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família. Aqui, além das atribuições da enfermagem, respondo como chefe da unidade, o que toma boa parte do meu tempo. Como enfermeira, supervisiono duas técnicas de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde, portanto tenho que realizar educação continuada para que eles possam dar orientações e esclarecer dúvidas à população. Também faço visitas domiciliares com o médico aos pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção que necessitam de atendimento médico ou de enfermagem – consultas, curativos, administração de medicamentos –, e a qualquer família que necessite de algum tipo de orientação. Como chefe da unidade tenho que coordenar o funcionamento da unidade, organizar grupos – gestantes, diabéticos, hipertensos – e planejar ações que promovam a saúde da comunidade.”
2	“Trabalho na unidade de saúde da família há dois anos. Atendemos os usuários, realizamos visitas domiciliares, acompanhamos a gestante através do Sis-Prénatal; realizamos o monitoramento dos diabéticos e hipertensos; realizamos busca de faltosos nas fichas de vacinação, casos de tuberculose e hanseníase; orientamos na prevenção do câncer de colo uterino realizando a coleta do papanicolau; orientamos e supervisionamos os agentes comunitários nas visitas domiciliares e nos atendimentos dentro da unidade.”
3	“Desenvolvo assistência de enfermagem comum a todos os enfermeiros e as competências relacionadas aos enfermeiros de ESFs.”
4	“Enquanto enfermeiro do serviço público, (o trabalho) é um pouco rotineiro e com poucas oportunidades de crescimento profissional.”
5	“Atendimento de clientes diabéticos, hipertensos além de auxiliar os técnicos de enfermagem na sala de vacinas, procedimentos, curativos. Agilizar agendamento de exames e seus resultados quando solicitado pelo médico; realizar visitas domiciliares, curativos domiciliares, etc.”
6	“De um modo geral, realizo consultas de enfermagem, programo as visitas domiciliares aos pacientes de rotina e de acordo com a necessidade, supervisionamos os agentes comunitários de saúde e a equipe de enfermagem, além das atividades burocráticas da unidade.”
7	“Adoro minha profissão, trabalho em uma área que conheço bem a população atendida, percebo que estamos caminhando para uma saúde mais justa e com direito de todos.”
8	“(Meu trabalho é) maior correria, mas amo (o) que faço, tento pôr em prática todos os meus conhecimentos e sempre saber ouvir para poder ajudar.”
9	“Na unidade de saúde da família, fazemos a coordenadoria da unidade; lidamos além dos clientes, com agentes comunitários de saúde, médicos, dentistas, técnicos de enfermagem, (trabalhadores de) limpeza e (funcionários da) recepção. Isso não impede que realizemos a assistência de enfermeiro. Busco manter sempre o diálogo acolhendo todos da melhor forma possível. Somos responsáveis pela sala de vacina; atendimentos médicos e dentista; “faturamento” da unidade; visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde; entregas de exames; coleta do pezinho. Para isso delegamos algumas funções e ficamos como responsáveis pelo serviço.”
10	“Gerenciar, coordenar unidade e organização de serviços de enfermagem.”
11	“Trabalho em um ambulatório de especialidades, sendo responsável pela central de referência e regulação. Neste ambulatório, são feitas coletas (sangue) e tratamento da hepatite C, cirurgias urológicas e oftalmológicas. Em média, por dia, atendo de 50 a 100 pessoas. No meu setor é evidente a humanização.”
12	“Gerenciamento, orientação, procedimentos.”

•Categorização do cotidiano enquanto enfermeiro.

De um modo geral, observamos que foi marcante a citação da função de gerenciamento da unidade de saúde a qual cada participante trabalha, e de supervisão da equipe de trabalho. Também foi prezado o conhecimento da população atendida, assim como a criação de vínculos.

Um participante – P 4 – citou o que seria o perfil do funcionário público (“Enquanto enfermeiro do serviço público, [o trabalho] é um pouco rotineiro e com poucas oportunidades de crescimento profissional.”).

Note-se, ainda, a abordagem educativa para com os usuários atendidos, o acolhimento e o diálogo para com a equipe e comunidade, família ou indivíduos atendidos.

5.8 Discussões segundo o universo conceitual freireano

Optamos pelo marco teórico de Paulo Freire para a construção da presente investigação, visto que os pressupostos do universo conceitual do autor referido vão de encontro à realidade, e do homem, entendendo que há relações homens-homens e homens-mundo. Assim, Freire destaca a importância da Educação como caminho para a humanização, e portanto, o universo conceitual freireano vai além da teorização acadêmica, pois remete à realidade.

A obra de Freire expressa a dicotomia opressor/oprimido e o processo de luta contra a opressão, propondo o desenvolvimento da reflexão e da crítica, oriundas da educação problematizadora, também denominada educação libertadora. Esse tipo de educação focaliza a dialogicidade, a horizontalidade na relação entre os homens, o respeito aos modos de vida de cada um, o respeito, a solidariedade, o processo de dar voz aos educandos, para assim promover o pensamento crítico da realidade, a ética e a cidadania entre os homens, enfim, da humanização.

No presente estudo, utilizamos dos pressupostos freireanos para legitimar a Educação para a Saúde e a humanização em saúde. Analisamos que as políticas do SUS têm correlação com a fundamentação teórica de Paulo Freire, em vários aspectos, como evidenciamos nas discussões das respostas dos participantes desta investigação. Investigamos como é a formação destes participantes/enfermeiros,

relacionada a humanização. Também verificamos como está sendo a prática em saúde, se considera o ser humano e a realidade social, a qual modula e na qual o homem é modulado. E mesmo, se o trabalho em saúde está concernente aos princípios do SUS. Desse modo, remetemo-nos ao modelo de educação e ao modelo de atenção à saúde, verificando as concepções dos participantes referentes à Educação para a Saúde, ao cuidado prestado e à humanização.

Verificamos que os enfermeiros, apesar de se situarem como opressores, devido à qualificação e aos status social, atuando como detentores do conhecimento, calando o conhecimento popular, muitas vezes são oprimidos, atuando como mão-de-obra em mundo do trabalho em transformação, considerando a reestruturação produtiva do capital, em que a técnica é mais valorizada, do que os valores humanos e a transformação social.

Tivemos a concepção da urgência de se resgatar o papel dos profissionais de saúde, e neste estudo, resgatamos o enfermeiro, enquanto um dos profissionais de saúde, e enquanto agentes de transformação social, visto que eles lidam, no cotidiano, com desigualdades sociais e subjetividades, enquanto emblemas do setor saúde.

O processo de humanização requer o despertar do indivíduo, da consciência ingênua, para a consciência crítica, que faça o homem sair do estado de acomodação para emancipação, enquanto cidadão, de acordo com Freire. Puccini e Cecílio, colocam que a satisfação dos usuários do setor saúde deve ir além da mensuração de graus quantitativos, mas o cidadão deve incorporar a opinião e as reivindicações no processo de mudanças, "...ocorrendo assim que trabalhadores e usuários tomem consciência juntos, emancipando novas finalidades para a saúde, na busca da sociedade que se deseja"⁽⁶⁸⁾.

6. AÇÕES E INTERVENÇÕES EDUCATIVAS

A pesquisa-ação favorece a produção de conhecimento e um processo de tomada de consciência, assim como a crítica à realidade que circunda os pesquisados, resultando na possibilidade de transformação dessa realidade. Então, baseando em estudos que já utilizaram a pesquisa-ação, assim também procedemos na presente pesquisa.

Essa atividade educativa foi planejada de acordo com os temas geradores levantados na primeira fase, após leitura atenta das falas dos participantes, que são os enfermeiros que trabalham em unidades de saúde da rede pública da cidade investigada.

Participaram da ação educativa os enfermeiros que aceitaram participar deste estudo. Discutiram-se os objetivos e os tópicos identificados, com o intuito de direcionamento da atividade proposta e de esclarecimento das dúvidas emergentes sobre o processo.

A atividade educativa constituiu-se, então, de fases. Num primeiro momento, trabalhamos os problemas com eles, a partir da prática profissional e das vivências compartilhadas com a pesquisadora, tendo em vista os temas do cotidiano profissional do enfermeiro, considerando a: Educação para a Saúde, o cuidado e a humanização.

Depois dessa fase, foi feita leitura de textos sobre as temáticas em foco. Inicialmente, selecionou-se em conjunto, os artigos, capítulos de livro e documento (MS), como a saber: 2º capítulo do livro *Pedagogia do Oprimido* do autor Paulo Freire (*A Concepção Bancária/Problematizadora*) e 3º capítulo (*A Dialogicidade, a Essência da Educação*)¹¹. O texto sobre Educação para a Saúde (*Educação em Saúde e Pesquisa Qualitativa: Relações Possíveis*)¹¹⁶ de Fátima Neves do Amaral Costa, pesquisa da área; e o documento do Ministério da Saúde da Política Nacional da Humanização⁽⁶²⁾.

Após as leituras, foram discutidos exaustivamente os textos, entre pesquisadora e pesquisados, contemplando a vivência prática dos enfermeiros sobre os assuntos e sua aplicabilidade em serviço.

Foram realizados quatro encontros (oficina pedagógica), com duração de duas horas, em sala de aula de escola pública municipal, durante o período de férias

escolares. Em cada encontro, usou-se o círculo de discussão, quando foi trabalhado um tema, ou seja, no primeiro encontro, foi discutida a importância da Educação para a Saúde na perspectiva crítico-social. No segundo, discutiu-se a humanização; no terceiro, o cuidado, e no quarto encontro, houve a integração de todos os tópicos, que convergiu para a necessidade da revisão da postura educativa/profissional do enfermeiro e de seus valores, para o cuidado e a humanização, visando a melhoria da qualidade de vida e da saúde individual e coletivamente, bem como dos serviços.

Todo esse processo, gerou reflexão entre ambas as partes, compondo nesse momento, a fase de decodificação. Daí então, o grupo foi levado à tomada de consciência/conscientização dos problemas vivenciados, o que gerou perspectivas e novos olhares para a resolução desses problemas, a partir da troca de experiências e conhecimentos, seguindo os pressupostos da pedagogia problematizadora e progressista, fundamentados em Freire.

Esses momentos, propiciaram muito diálogo, reflexões sobre atitudes democráticas e descontraídas. E de forma positiva, os enfermeiros relataram a aproximação teórico-prática da pesquisa ao cotidiano profissional, havendo a construção de conhecimentos, tendo em vista a realização da prática pedagógica inserida no contexto do dia-a-dia profissional, sugerindo perspectivas futuras para uma atuação cidadã, ética, democrática e solidária, pressupondo a possibilidade aos usuários e profissionais, uma vida mais digna, mais humana e mais feliz.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os achados desta pesquisa, consideramos a historicidade, o meio social, econômico, político e cultural dos pesquisados e a dinamicidade dos processos de trabalho, no presente estudo.

O momento da pesquisa foi marcado por uma transição de gestores municipais, e achamos que por ser o primeiro ano da nova gestão, alguns aspectos no trabalho em saúde, como por exemplo, os grupos educativos, as reuniões com os outros enfermeiros para discussões dos serviços, etc, não estavam sendo realizados ou passavam por mudanças, e isso acabou exigindo diversas adaptações dos trabalhadores.

No caso desta pesquisa, também não foi diferente, pois os pesquisados discutiram, não somente nos encontros educativos/interventivos, mas também no cotidiano, durante a observação participante, sobre a inserção do tema deste estudo na realidade porque passavam. Isso denota, a partir da pesquisa-ação, guiada pelos pressupostos freireanos, que de diversas formas, sentidas de várias maneiras pela pesquisadora e pesquisados, este estudo tocou o pensamento dos participantes, provocando reflexão e crítica, ao que sugere o processo educativo, no sentido de considerar os ideais da educação problematizadora/libertadora.

Há que se destacar que não pretendemos ser conclusivos em nossos questionamentos e indagações. O intuito maior foi levantar proposições importantes que nos incidissem a vislumbrar novas formas de caminhar no trabalho diário em saúde, tendo como elemento essencial desse processo, a figura do profissional enfermeiro.

Procuramos contemplar, quando propomos contribuições do trabalho do enfermeiro, alguns aspectos que incidiam sobre o que o SUS pretende operacionalizar, discutindo a Educação para a Saúde, o cuidado e a humanização. Percebemos, por meio desta pesquisa, que esses temas não deixam, sobremaneira, de permear o respeito, a solidariedade, a ética e a cidadania. Dessa forma, procuramos aproveitar dos pressupostos freireanos que discorrem sobre a humanização, que pensamos ir de encontro a uma construção perene, porém dinâmica, de uma visão de mundo, de saúde e de homem, e que respeitam e resgatam o ser humano integralmente.

Propomos, portanto, saber usar a educação a favor de todos nós, e no processo ensino-aprendizagem, trocar experiências pessoais e coletivas, trocar gestos, sentimentos, emoções, contextualizar as realidades sociais, econômicas, políticas, espirituais, culturais, enfim, as histórias de vida, resgatando, assim, a cidadania e a humanidade roubadas, possivelmente resultantes de quando não olhamos para o outro de forma sensível, ou mesmo quando olhamos de maneira assistencialista ou precariamente benevolente.

É preciso compreender o outro como um ser humano, e considerar o meio onde ele está inserido. E, assim, fazer da Educação para a Saúde, o resgate do ser humano, sujeito principal do processo educativo, vislumbrando-o holisticamente, ao considerá-lo cidadão, ético e solidário, procurando, neste sentido, buscar a melhoria da qualidade de vida nos níveis de atenção, considerando o indivíduo e a coletividade. Assim, é possível, contruir juntos, na prática, o que o SUS pretende ser.

8. REFERÊNCIAS

1. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcellos EM (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexão da rede de Educação Popular em saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p.115-36.
2. Esperidião E. Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.
3. Santos BS. A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. 2a. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
4. Domingues MP. Postura educativa do enfermeiro psiquiátrico em sua atuação profissional: percepção dos alunos de graduação em enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
5. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo?. Revista Interface, Comunic., Saúde e Educ. 2005;9(17):389-406.
6. Deslandes SR. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Revista Interface, Comunic., Saúde e Educ. 2005;9(17):401-3.
7. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. 3a ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Passos E, Benevides R (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
9. Leonardi J. O caminho noético: o canto e as danças circulares como veículo da saúde existencial no cuidar [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
10. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
11. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 22a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1993.
12. Freire P. Pedagogia da autonomia. 33a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
13. Freire P. Ação cultural para a liberdade e outros escritos. 10a ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.
14. Freire P. Educação e mudança. 28a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.
15. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3a ed. São Paulo: Moraes, 1980.

16. Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.
17. Freire P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Editora UNESP, 2001.
18. Freire P. *Educação para a prática da liberdade*. 21a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
19. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 17a ed. São Paulo: Cortez, 2009.
20. Bueno SMV. *Educação preventiva em sexualidade, DST-AIDS e drogas nas escolas [tese de Livre docência]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.
21. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio Século XXI (versão eletrônica)*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, CDROM, 2004.
22. Levy S, Cardoso I, Werberych P, Moreira L, Montiani H. *Educação em saúde: histórico, conceitos e proposta*. Brasília, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2003 [citado 10 jun. 2010]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>.
23. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Genebra: OMS, 1986.
24. Queiroz MVO, Dantas MCQ, Ramos IC, Jorge MSB. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(1):55-63.
25. Patarra NL. Mudanças na dinâmica demográfica. In: Monteiro CA. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: HUCITEC, 2000; 2:61-78.
26. Gershman S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
27. Bizzo MLG. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1):307-14.
28. Schall VT, Stuchiner, M. Editorial: Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):4-5.
29. Vasconcelos EM. *Educação Popular e a atenção à saúde da família*. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
30. Vasconcelos EM. Educação Popular e Pesquisa-Ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: Gonsalves EP (org.). *Educação e Grupos Populares: temas (re) correntes*. Campinas: Alínea, 2002. p. 99-116.

31. Rice M, Candeias NMF. Padrões mínimos da prática da educação em saúde – um projeto pioneiro. *Rev Saúde Pública*. 1989;23:347-51.
32. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975.
33. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários de Saúde. 1978 [citado 10 jun. 2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alam-Ata.pdf>.
34. Araújo RRDF. Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
35. Candeias NMF. Conceitos de educação e promoção em saúde. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):209-13.
36. MacDonald JJ, Warren WG. Primary health care as an educational process: a model and a freirean perspective. *International Quarterly of Community Health Education*. 1991;12(1):35-50.
37. McLaren P. Paulo Freire e o pós-moderno. *Educação e Realidade*. 1987;12(1):3-13.
38. Caride JA, Meira PA. Educação ambiental e desenvolvimento humano. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.
39. Bueno SMV. Tratado de Educação preventiva em sexualidade, DST/AIDS, drogas e violência nas escolas. Ribeirão Preto: FIERP/EERP-USP, 2009.
40. Reis DC. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC (orgs.). Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006, p. 19-24.
41. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(1):200-6.
42. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: Merhy EE, Onocko R. (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p.71-112.
43. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev. Latino-am. Enferm.* 2006;14(2):277-84.
44. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(2):335-42.

45. Feuerwerker LCM. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007;31(1):?
46. Heidemann ITSB. A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
47. Moretti-Pires RO. O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
48. Soares MH. Cenário do ensino do enfermeiro psiquiátrico: estudo de caso [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
49. Corral-Mulato, S. O docente universitário em Enfermagem e a Síndrome de Burnout: uma questão de educação para a saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
50. Simovska V. Student participation: a democratic education perspective – experience from the health-promoting schools in Macedonia. *Health Edu Res*. 2004;19(2):198-207.
51. Pierantoni CR, Machado ML (1994). *Profesiones de salud: Una formación*.
52. Esperidião E. Repensando a formação do enfermeiro: o processo de conscientização crítica e práticas docentes à luz do referencial ético-humanista [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
53. Vasconcelos EM. Educação Popular nos serviços de saúde. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
54. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
55. Naidoo JH, Wills J. O desenvolvimento da educação e promoção em saúde. In: Naidoo JH, Wills J. (Orgs.). *Health: foundations for practice*. London: Balillière Tndall, 1998.
56. Silva JPV, Lima JC. Sistema de saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 43-73.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Sanitária. Biblioteca virtual Oswaldo Cruz. (?) [citado 31 mar. 2010]. Disponível em: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>.

58. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080/1990 . Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.
59. GICES. Grupo Interinstitucional de Comunicação e Educação em Saúde de Santa Catarina. RADIS entrevista Sérgio Arouca: o eterno guru da Reforma Sanitária. RADIS – Comunicação em saúde. 2002 [citado 31 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.gices-sc.org/Arouca.html>.
60. Schmitt CA. Concepções e práticas de um cuidado humano no cotidiano de uma organização: uma configuração ética e estética de vida no espaço laboral [dissertação]. Florianópolis: Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
61. Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7 ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2000.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSus: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Brasília (MS); 2004.
63. Rice M, Candeias NMF. Padrões mínimos da prática da educação em saúde – um projeto pioneiro. *Rev Saúde Pública*. 1989;23:347-51.
64. Casate JC, Correa AK. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev. esc. enferm. USP*. 2006;40(3):321-8.
65. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm*. 2006;19(4):444-9.
66. Coscrato G, Bueno SMV. Percepções e vivências sobre vida e morte no cotidiano de profissionais de enfermagem – plano piloto. In: VI Congresso de Educação Preventiva em sexualidade, DST/AIDS, drogas e violência: resgatando uma formação integral e humanista. Ribeirão Preto. Anais, CD-rom; 2008.
67. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*. 2003;27(65):257-77.
68. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(50):1342-53.
69. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparing the care relationship: a welcoming tool in health units. *Rev. latino-am enferm*. 2009;17:1001-8.
70. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta paul. enferm*. 2006;19(4):456-61.

71. Braz E, Fernandes LM. Buscando maneiras para o ensino sobre finitude para graduandos de enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2001;10(3):138-51.
72. Spindola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. *Rev. Bras. Enferm.* 1994;47(2):108-17.
73. Ayres JRCM. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. In: Saeki T, Souza MCBM (orgs.) *Cuidar: tão longe...tão perto...* Ribeirão Preto: FIERP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP-USP/CNPq. 2002.p.13-26.
74. Cunha PJ, Zagonel IPS. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. *Acta paul. Enferm.* 2008;21(3):412-19.
75. Bagnato MHS, Rodrigues RM. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. *Rev. Bras. Enf.* 2007;60(5):507-12.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
77. Rossi FR, Lima MADs. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev. bras. enferm.* 2005;58(3):305-10.
78. Martins JJ, Nascimento ERP. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. *ACM Arq Catarin Med.* 2005;34(2):49-55.
79. Lourenço MR, Shinyashiki GT, Trevizan MA. Management and leadership: analysis of nurse manager's knowledge. *Rev Lationoam Enferm.* 2005;13(4):469-73.
80. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafio para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul. Enferm.* 2007;20(4):499-503.
81. Martins JJ, Nascimento ERP. A tecnologia e a organização do trabalho da enfermagem em UTI. *ACM Arq Catarin Med.* 2005;34(4):23-7.
82. Santos Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência e Saúde Coletiva (online).* 2007;12(4):999-1010, 2007.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência/Brasília, 2009. Série B: Textos Básicos de Saúde.
84. Blasco PG. A medicina de família: um caminho para humanizar a medicina. 2004 [citado 26 fev. 2010]. Disponível em: <http://www.dante.dac@epm.br>.

85. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
88. Pessini L, Pereira LL, Zaher VL, Silva MJP. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. *Mundo Saúde*. 2003;27(2):203-5.
89. Ceribelli C. A mediação da leitura, como recurso de comunicação com crianças e adolescentes hospitalizados: subsídios para a humanização do cuidado em enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
90. Campos GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2006;4(1):19-31.
91. Brasil. Ministério da Saúde. Agência de Notícias Humanização. Publicação da PNH. Prestação de contas 2006 – Panorama Nacional da Implementação da PNH. Brasília, 2006 [citado 26 fev. 2010]. Disponível em: <http://saude.gov.br/humanizausus>.
92. Almeida DV. O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
93. Gadotti M. Prefácio. In: Freire P. *Educação e Mudança*. 28a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.
94. Gadotti M. *Concepção dialética da educação*. São Paulo: Cortez, 2003.
95. Demo P. *Avaliação qualitativa*. 2a ed. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1988.
96. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):239-62.
97. Molina R. A pesquisa-ação/investigação-ação no Brasil: mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; 2007.
98. Santos BS. *Um discurso sobre as ciências*. 5a. ed. São Paulo: Cortez; 2008.
99. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Revista Educação e Pesquisa*. 2005;31(3):443-66.
100. Haguette TMF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 7a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

101. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(3):780-8.
102. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
103. Chizzoti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 4a ed. São Paulo: Cortez, 2000.
104. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10/10/1996. Dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
105. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – Datasus. [citado 10 mai. 2010]. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
106. IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBG. Brasília, 2009 [citado 31 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
107. SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. [citado 04 abr. 2010]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/mortinf/tabelas/2008/pdf/tabela01_2008.pdf.
108. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria/MS nº 2203/GM de 06 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS/1996.
109. Dellasega C, Millone-Nuzzo P, Curci KM, Ballard JO, Kirch DG. The humanities interface of nursing and medicine. *J Prof Nurs*. 2007;23(3):174-9.
110. Bernardes EH. Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos enfermeiros do Programa de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas Gerais [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
111. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva* (online). 2000;5(1):163-77.
112. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSus: ambiência. 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde.
113. Vaitsman J. Saúde, cultura e necessidades. In: Fleury S, organizador. *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumark, 1992.

114. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
115. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde soc. [online]. 2004;13(3):16-29.
116. Lima KA, Costa FNA. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. Alim. Nutr. 2005;16(1):33-8.

APÊNDICE A

Questionário

I) Dados de identificação

Sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, ano de formação, religião, tempo de atuação profissional.

II) Questões norteadoras sobre o tema central

1) Sobre Educação para a Saúde

- a) O que significa para você Educação para a Saúde?
- b) Que postura educativa deve ter o enfermeiro no processo de Educação para a Saúde?
- c) Como foi a sua formação profissional com relação à liderança: inflexível/imponente, democrática/dialógica, conivente/submissa?
- d) Você acha que se insere em qual postura profissional?
- e) Você acha que a Educação para a Saúde pode ser realizada com outros profissionais em uma equipe de saúde? Dê exemplos.

2) Sobre o cuidado em enfermagem

- a) O que é o cuidado de enfermagem?
- b) Em quais momentos você acha que o cuidado prestado é humanizado?
- c) Em quais aspectos, além dos de competência profissional, você acha que o cuidado de enfermagem difere do de outros profissionais? Por quê?
- d) A partir de sua prática profissional, você percebe a humanização sendo praticada com mais evidência em quais áreas – unidade de saúde da família, hospital, pronto-socorro, etc ?

3) Sobre humanização

- a) O que significa humanização para você?
  - b) Você se lembra se houve disciplinas ou discussões sobre humanização em sua formação profissional?
  - c) Você humaniza seu serviço? Dê exemplos disso.
  - d) Cite alguns aspectos (estruturais, culturais, de formação profissional, políticos, etc) que, na sua opinião, prejudicam ou atravancam a humanização em saúde.
  - e) Qual(is) aspecto(s) você acha que são essenciais na humanização em saúde?
  - f) E em geral, você percebe em seu serviço a humanização?
- 4) Fale um pouco sobre o seu cotidiano como enfermeiro(a).

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Local, data

Eu, -----,

concordo em participar da pesquisa **“Na educação para a saúde, o cuidado e a humanização no cotidiano de enfermeiros”** que tem como objetivo, levantar com os(as) enfermeiros(as) da rede pública de saúde de Guaíra-SP qual o significado que eles têm sobre educação para a saúde, cuidado e humanização, identificando assim elementos presentes em sua prática profissional, visando a compreensão de elementos facilitadores e dificultadores de uma prática humana em saúde dentro da perspectiva do SUS; e assim propiciar subsídios buscando atender as nossas necessidades neste sentido. Estou ciente de que serei observado em minha prática profissional; e de que responderei a um questionário com questões sobre a temática central, que na sequência será analisada juntamente com as respostas dos(as) outros(as) enfermeiros(as) participantes, e de acordo com a disponibilidade dos sujeitos pesquisados, se necessário, serão realizados círculos de discussão para fechamento do assunto abordado.

Autorizo a utilização dos dados informados por mim, para a realização do estudo. Tenho conhecimento do seu caráter científico, sendo minha participação voluntária. Estou ciente de que as informações serão tratadas de forma anônima e sigilosa, não havendo identificação e de que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso me recuse a participar ou me decida a qualquer momento a desistir da minha participação, com direito de ser mantido atualizado sobre a pesquisa, e de que uma cópia deste termo será entregue a mim.

Ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de meu interesse continuar a participar, poderei retirar este consentimento.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador
Gisele Coscrato – Rua 24,
286, Jd. Palmares, Guaíra
CEP:14790-000

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

ANEXO

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 215/2009

Ribeirão Preto, 10 de setembro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 09 de setembro de 2009.

Protocolo: n° 1077/2009

Projeto: NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, O CUIDADO E A HUMANIZAÇÃO NO COTIDIANO DE ENFERMEIROS.

Pesquisadores: Sônia Maria Villela Bueno
Gisele Coscrato

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Sônia Maria Villela Bueno

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP