UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GISELE COSCRATO

Concepções de graduandos de enfermagem sobre humanização e espiritualidade: uma pesquisa-ação

Ribeirão Preto
2013

GISELE COSCRATO

Concepções de graduandos de enfermagem sobre humanização e espiritualidade: uma pesquisa-ação

Tese de Doutorado apresentada para obtenção de título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

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

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno

Ribeirão Preto
2013

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.

Coscrato, Gisele.
Concepções de graduandos de enfermagem sobre humanização e espiritualidade: uma pesquisa-ação. Ribeirão Preto, 2013.
113 p. : il. ; 30 cm

Tese (Doutorado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Linha de Pesquisa: Educação para a saúde e formação de recursos humanos.
Orientadora: Bueno, Sônia Maria Villela.

1. Enfermagem. 2. Espiritualidade. 3. Humanização da Assistência. 4. Pesquisa em Educação de Enfermagem. 5. Educação Superior.

COSCRATO, GISELE.

Concepções de graduandos de enfermagem sobre humanização e espiritualidade: uma pesquisa-ação.

Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

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

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Agradecimentos

A **Deus,** pela minha existência.

Aos **meus pais**, Roberto e Fátima, **e aos meus irmãos**, Roberson e Maísa, pela base na minha formação enquanto pessoa. Obrigada!

Ao **Elídio,** pela paciência, pelo apoio mesmo nos momentos de minha ausência e pelo amor. Você faz parte dos meus sonhos.

À **Soninha,** minha orientadora, pelo grande incentivo, pelo exemplo de batalhadora, pelos ensinamentos dentro da ética e da humanização, mas principalmente, pela nossa amizade. Mesmo de longe, você esteve sempre presente na minha vida, e espero continuarmos juntas!

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**-USP, por me acolher desde o período do curso superior em Enfermagem. E também à Cristina, bibliotecária da Biblioteca Central, pela pronta gentileza.

Aos colegas pós-graduandos, que por medo de esquecer-me involuntariamente de alguém, não cito os nomes neste espaço, mas agradeço pelas ajudas, pelo conforto, pela contribuição em manter nossa orientadora aberta para a vida, e pelo aprendizado.

À equipe da USF Nádia, pelo profissionalismo, pela amizade e por fazer com que as horas passem mais rápido. É um grande prazer trabalhar com vocês.

Aos pacientes e seus familiares, que nas duras críticas, sobre mim e sobre o sistema de saúde, fizeram-me refletir e aprender. Obrigada.

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

Epígrafe

"Não devemos permitir que alguém saia de nossa presença sem se sentir melhor e mais feliz."
(Madre Teresa de Calcutá)

"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)

RESUMO

Coscrato G. Concepções de graduandos de enfermagem sobre humanização e espiritualidade: uma pesquisa-ação [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2013.

Este estudo tem como objetivo conhecer as concepções dos graduandos de enfermagem sobre humanização e espiritualidade na assistência, e propor ação educativa. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, mediatizada pela metodologia da pesquisa-ação. Foram convidados os graduandos do penúltimo ano letivo do curso de Licenciatura/Bacharelado em Enfermagem, de uma instituição pública de ensino superior, situada numa cidade do interior paulista. Em relação às técnicas do estudo, utilizou-se a observação participante, tendo como instrumento para registro e anotação dos dados, o diário de campo. Utilizou-se, ainda, a entrevista individual, contendo questões de identificação dos participantes e as norteadoras sobre a temática do estudo, sendo disponibilizado o questionário e o endereço eletrônico, que serviram como instrumento de coleta das respostas. Os dados foram, portanto, coletados no segundo semestre de 2012. A análise e interpretação deles foram realizadas através de categorização, segundo fundamentação teórico-metodológica baseada em Paulo Freire, adaptado por Bueno. Após, buscou-se o desenvolvimento de uma proposta de ação conscientizadora, e avaliação formativa desse processo educativo. A interpretação resultou que os participantes ainda compreendem o cuidado de enfermagem sob o prisma assistencialista e curativista, em sua maioria, voltado para a doença, dissociado da função educativa; apreendem a espiritualidade como uma necessidade do paciente/cliente em situações de doença, e como um conceito associado à religiosidade; persistem na dissociação dos construtos teóricos e da prática, no cuidado prestado, entre a humanização e a espiritualidade. Mesmo assim, houve a predominância do paradigma científico, moderno e pós-moderno, nas respostas dos participantes. Assim, as temáticas investigadas convergem para a necessidade de se revisar espaços na formação de enfermeiros, visando a melhoria dos serviços prestados. A teoria aqui apresentada fornece uma compreensão abrangente, contextualizada, problematizadora e construtiva da realidade vivenciada pelo estudante. Desse modo, o presente estudo oferece subsídios para o planejamento da formação humanista de enfermeiros licenciados, e aponta elementos a serem investigados.

Palavras-chave: Enfermagem. Espiritualidade. Humanização da Assistência. Pesquisa em Educação de Enfermagem. Educação Superior.

ABSTRACT

Coscrato G. Conceptions of nursing students on humanization and spirituality: an action-research [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2013.

This study aims to identify the concepts of nursing undergraduates on humanization and spirituality in health care, education and propose action. This is a qualitative research, mediated by the methodology of action research. Undergraduates were asked the junior school of Bachelor's Degree / Bachelor of Nursing, a public institution of higher education located in the city of São Paulo. Regarding the technical study used participant observation, and as a tool for recording and annotation data, the field journal. We used also the individual interview, with questions of identifying and guiding participants on the subject of study, provided the questionnaire and email address, which served as a means of collecting the answers. Data were therefore collected in the second half of 2012. The analysis and interpretation of them were by categorization according to theoretical and methodological basis based on Paulo Freire, adapted by Bueno. After, we sought to develop a proposal for action conscientization, and formative evaluation of this educational process. The interpretation resulted participants also include nursing care through the prism welfare and curative, mostly facing the disease, dissociated from the educational function; perceive spirituality as a need of the patient / client in case of illness, and how a concept associated with religiosity, persist in the dissociation of theoretical constructs and practice in the care provided, between humanization and spirituality. Even so, there was a predominance of scientific paradigm, modern and postmodern, participants' responses. Thus, the themes investigated converge on the need to revise spaces in nursing education in order to improve services. The theory presented here provides a comprehensive understanding, contextual, constructive problem-solving and the reality experienced by the student. Thus, this study provides support for planning training humanist licensed nurses, elements and points to be investigated.

Keywords: Nursing. Spirituality. Humanize. Research in Nursing Education. Higher Education.

RESUMEN

Coscrato G. Concepciones de los estudiantes de enfermería sobre humanización y la espiritualidad: una investigación-acción [tesis].Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2013.

Este estudio tiene como objetivo identificar los conceptos de los estudiantes de enfermería sobre humanización y la espiritualidade em el cuidado de la salud, la educación y proponer acciones. Se trata de una investigación cualitativa, com la mediación de la metodología de investigación-acción. Los estudiantes universitarios se les hizo la escuela secundaria de Grado / Licenciatura em Enfermería de licenciatura, una institución pública de educación superior ubicado en la ciudad de São Paulo. En cuanto al estudio utilizó la observación participante técnica, y como una herramienta para la grabación y anotación de datos, el diario de campo. Se utilizó también la entrevista individual, con preguntas para identificar y orientar a los participantes sobre el tema de estudio, siempre que la dirección de cuestionario y correo electrónico, que sirve como medio de recoger las respuestas. Por lo tanto, los datos fueron recolectados en el segundo semestre de 2012. El análisis y la interpretación de ellos fueron por la categorización de acuerdo a bases teóricas y metodológicas sobre la base de Paulo Freire, adaptado por Bueno. Después, hemos tratado de elaborar una propuesta de concientización acción y la evaluación formativa de este proceso educativo. La interpretación resultó participantes también incluyen atención de enfermería a través del prisma del bienestar y curativas , sobre todo frente a la enfermedad, disociado de la función educativa; percibir la espiritualidad como una necesidad del paciente / cliente en caso de enfermedad, y cómo un concepto asociado a la religiosidad, persisten en la disociación de las construcciones teóricas y prácticas em la atención recibida, entre la humanización y la espiritualidad. Aún así, hubo un predominio de paradigma científico, moderno y postmoderno, las respuestas de los participantes. Por lo tanto, los temas investigados convergen en la necesidad de revisar los espacios de formación de enfermería con el fin de mejorar los servicios. La teoría presentada aquí proporciona una comprensión global, contextual, constructiva para resolver problemas y la realidad vivida por el estudiante. Por lo tanto, este estudio proporciona apoyo a la planificación de la formación humanista enfermeras, los elementos y puntos para ser investigados con licencia.

Palabras clave: Enfermería. Espiritualidad. Humanizar. Investigación en Educación em Enfermería. Educación Superior.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Delimitação temática 22
Figura 2: Cenário atual dos paradigmas de enfermagem 33
Figura 3: Intersecção esquemática 53
Figura 4: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento do que é ser enfermeiro/enfermeiro educador 62
Figura 5: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento do que é ser paciente 66
Figura 6: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento da espiritualidade 68
Figura 7: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento da humanização 70
Figura 8: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento da existência da espiritualidade na enfermagem 72
Figura 9: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento de como agir com o paciente e família 75
Figura 10: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento da contribuição da religião na promoção de saúde 77
Figura 11: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento da abordagem da espiritualidade na formação 80
Figura 12: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento de como gostaria de ser atendido 83
Figura 13: Esquematização das interfaces 85

LISTA DE QUADROS

Página

Quadro 1 - Representação dos dados de identificação dos graduandos pesquisados segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião e ocupação/profissão..... 59

Quadro 2 – Representação qualitativa das falas dos participantes sobre a questão 1: Comente sobre o que é ser enfermeiro e ser enfermeiro/professor..... 106

Quadro 3 – Representação qualitativa das falas dos participantes sobre a questão 2: Comente sobre o que é ser um paciente..... 107

Quadro 4 – Representação qualitativa das falas dos participantes sobre a questão 3: O que você entende por espiritualidade? O que você entende por humanização?..... 107

Quadro 5 – Representação qualitativa das falas dos participantes sobre a questão 4: A espiritualidade existe na assistência de enfermagem? Se sim, em quais situações? (descreva pelo menos uma situação)..... 108

Quadro 6 – Representação qualitativa das falas dos participantes sobre questão 5: Como você agiria, com o paciente e a família, em uma situação que houvesse doença e sofrimento, e mesmo com a iminência de morte do paciente?..... 109

Quadro 7 – Representação qualitativa das falas dos participantes sobre a questão 6: A religião pode contribuir na promoção da saúde? Por quê?..... 109

Quadro 8 – Representação qualitativa das falas dos participantes sobre a questão 7: Discorra sobre se a espiritualidade foi abordada no curso de graduação. E qual sua opinião sobre o ensino dela na formação de enfermeiros..... 110

Quadro 9 – Representação qualitativa das falas dos participantes sobre a questão 8: Comentário livre sobre como você gostaria de ser atendido pelos profissionais de sua futura profissão..... 111

LISTA DE SIGLAS

Antes de Cristo	**a.C.**
Atenção Primária à Saúde	**APS**
Centro de Atenção Psicossocial	**CAPS**
Conselho Federal de Enfermagem	**COFEN**
Conselho Nacional de Ética em Pesquisa	**CONEP**
Diretrizes Curriculares Nacionais	**DCNs**
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	**EERP**
Ministério da Saúde	**MS**
Organização Mundial de Saúde	**OMS**
Plano Nacional de Educação	**PNE**
Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção	**PNH**
Sistema Único de Saúde	**SUS**
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	**TCLE**
Universidade de São Paulo	**USP**

Sumário

1 INTRODUÇÃO 18

2 OBJETIVOS 21

2.1 Objetivo geral.. 21
2.2 Objetivos específicos. 21

3 REFERENCIAL TEÓRICO 22

3.1 Contexto histórico da enfermagem e do cuidado 22
3.2 Configurações atuais do processo de trabalho em saúde e a enfermagem 25
3.3 Considerações sobre a violência em saúde 29
3.4 A enfermagem enquanto ciência e profissão do cuidado: interface com a humanização e a espiritualidade 32
3.5 O cuidado espiritual sob a perspectiva da humanização 36
3.6 Espiritualidade e formação de enfermeiros 41

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO 47

4.1 Tipo e delineamento da pesquisa 47
4.2 Pesquisa-ação 50
4.3 Participantes e local da pesquisa 53
4.4 Técnicas e instrumentos utilizados 55
4.5 Análise dos dados e intervenções 55
4.6 Considerações éticas 56

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES 58

5.1 Dados de identificação dos participantes do estudo 59
5.2 Sobre a observação participante e os temas geradores 60
5.3 Categorizações originadas das respostas dos participantes 60

6 AÇÕES E INTERVENÇÕES EDUCATIVAS 85

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 89

7.1 Sugestões 91

REFERÊNCIAS 93

APÊNDICES 103

APÊNDICE A 103
APÊNDICE B 105
APÊNDICE C 106

ANEXO 112

Apresentação

O homem que sofre antes de ser necessário, sofre mais que o necessário.
Sêneca

"Quando definimos o que pesquisar, a partir de que base teórica e como pesquisar, estamos fazendo escolhas que são, mesmo em última instância, ideológicas. A neutralidade da investigação científica é um mito", segundo Minayo (2010, p. 14).

Para que começássemos tomar o fruto do projeto de doutorado, num primeiro instante, consideramos uma continuidade da dissertação de mestrado, que discutiu sobre a humanização, a Educação para a Saúde e o cuidado no cotidiano profissional de enfermeiros, de uma rede pública de saúde de um município do interior paulista.

Essas temáticas investigadas convergiram para a necessidade de se revisar a postura profissional e educativa do enfermeiro e de seus valores para o cuidado e a humanização, com vistas à melhoria dos serviços, no que se refere à promoção de saúde e de qualidade de vida, para o indivíduo e a coletividade. Algo que ultrapassasse o discurso teórico-técnico presente nas políticas de saúde, que pudesse somar e complementar a humanização, ainda estava faltando.

Pensamos na espiritualidade nesse processo. E quando foi pensada essa temática enquanto possibilidade de pesquisa, e para que resultasse num trabalho científico, houve realmente um processo de descobrimento das necessidades observadas empiricamente, agregando-se também, à observância dos poucos estudos no país, principalmente relacionados à formação do enfermeiro, congruentes à espiritualidade na interface da humanização. Constituindo-se, assim, como um estudo que não corresponderia somente como busca de respostas para a clínica/assistência, mas como proposta científica.

Enquanto enfermeira, ainda penso que há algo a acrescentar sobre esse processo: o descobrimento situa-se no autoconhecimento. Ou seja, as necessidades de aprofundar a temática também estão ancoradas no desafio da procura de soluções que contemplem algumas questões, tanto no campo pessoal como no profissional. Segundo a psicanálise, o movimento de busca dessas respostas correspondem à necessidade de autoconhecimento e de desenvolvimento de estratégias concernentes à resolução de conflitos internos.

E quais seriam esses conflitos internos? O ponto de partida originou-se de alguns detalhes estudados no nosso mestrado, os quais serviram de disparadores para o enriquecimento do presente. Enquanto profissional, foi percebido (e experimentado na prática cotidiana) o quanto o modelo educativo tradicional, o qual foca o autoritarismo, a transmissão de conhecimentos e a acriticidade, enraizado em todos nós desde os tempos de escola básica, está incorporado em nós, enquanto dimensão de pessoa e de cidadania, inclusive no modo de levar a vida. E mais ainda, verificamos as profundas influências desse modelo educativo no modo de agir cotidiano na prática em saúde, influenciando de diversas maneiras, o modelo de atenção em saúde (voltado para a doença, o curativismo, a imposição, a verticalização dos atores – trabalhadores, gestores e usuários), ocasionando uma premissa de que somente há resultados na assistência através da violência, praticada entre todos esses atores (relação opressor-oprimido, presente em Paulo Freire, discutida também em nosso mestrado).

Sob o prisma da psiquiatria, sabe-se que o Brasil passa por situação de remodelamento ou redirecionamento da ação em saúde que preza/valoriza o respeito à autonomia e ao empoderamento do portador de transtorno mental em relação ao tratamento, à saúde e à própria vida. Coloca frente a frente, a Educação para a Saúde e a humanização, o paciente e o profissional, o profissional e o gestor, num movimento circular que tenha de garantir, como pano de fundo essencial, os direitos fundamentais do ser humano, no desempenho de papeis, responsabilidades, cidadania e controle da vida, e que resulte em melhoria da autoestima e da qualidade de vida.

Assim, o processo de ir e vir, de acreditar e não acreditar no estudo da presente tese de doutorado, esteve contextualizada na tentativa de busca de resolução desses conflitos inerentes ao pessoal e ao profissional, procurando levar à busca da ciência para essa possível mudança. A qual, baseada na interface da educação e da psicologia, tornar-se-ia viável a partir da compreensão do conflito entre a reflexão e o consequente planejamento de ações que resultassem em transformação. Segundo Freire, significa emergir o movimento da ação-reflexão-ação, ou seja, a partir da ação na realidade, oriunda à consequente reflexão, e a posterior ação transformadora, emergindo nesse processo, a tomada de consciência enquanto contextualização da responsabilidade social.

Por estas razões, propomos a presente pesquisa. Contudo, não temos a pretensão de finalizar os emblemas da discussão, porque possuímos a consciência do inacabamento, mas temos o otimismo de suscitar posteriores investigações e construções de conhecimento, sabendo que não se esgotam os variados prismas e olhares, por sobre o objeto de estudo. O qual constitui-se, nele mesmo, uma tentativa de busca por uma das facetas do (re)descobrimento do próprio homem.

1 INTRODUÇÃO

> Qualquer coisa que você fizer será insignificante, mas é muito importante que você faça sua parte.*Gandhi*

A enfermagem é uma das profissões mais significativas que cuida do ser humano. A assistência de enfermagem está inserida num quadro de diversas revisões e superações paradigmáticas em vários campos, sendo conformadas tanto no universo teórico que embasa a profissão, quanto na própria práxis cotidiana, em busca de um ethos profissional[1].

Na atual conjuntura de transição paradigmática pós-moderna da ciência, ainda predomina a existência do modelo tradicional de atenção à saúde, impregnado pelo paradigma científico moderno da ciência em saúde, o qual focaliza o aspecto biológico, fragmentado, autoritário, tecnicista, descontextualizado com a realidade local, baseando-se, ainda, na atenção médico-centrada[2,3]. Na outra face da mesma moeda, o modelo educativo na área da saúde (tanto direcionado aos usuários, quanto no que diz respeito à formação dos profissionais) pode refletir essas características, marcado pela acriticidade, pelo verticalismo, pela transmissão de conhecimentos e pela imposição de estilos de vida saudáveis, o que nem sempre, tem-se obtido êxito[3-5].

Na enfermagem, profissão da área da saúde, a qual desempenha os papeis de gestão, pesquisa/extensão universitária, ensino e assistência, evidencia-se a inquietação e os desafios relacionados aos modelos pedagógicos tradicionais dos cursos de enfermagem, que ainda correspondem ao supracitado, resultando numa relação verticalizada entre professor-aluno[4,6-7]. Esses fatores podem dificultar a formação de profissionais mais abertos, críticos, humanizados e preocupados com os emblemas sociais; pois que essas características podem repercutir na posterior prática profissional cotidiana[8-11].

Atualmente, problematiza-se a dinâmica da realidade que o mundo do século XXI nos apresenta, com tantas ressignificações culturais, sociais, sentimentais, éticas, morais, espirituais e religiosas na vida do homem, as quais logram desafios na formação universitária da enfermagem.

Assim, coloca-se em xeque a prestação do cuidado focado no biologicismo, muitas vezes, delimitado unidirecional e unicamente, pelas tecnologias do tipo

máquinas, normas e estruturas organizacionais. Sob um panorama correlato, em que a perspectiva em saúde mental, de valorização dos costumes, hábitos e crenças do indivíduo, e da educação para uma vida cidadã, que pode agregar mais do que simplesmente a saúde física (num contexto mais amplo de Educação para a Saúde),são postas em segundo plano[1-2,12,13]. Dentre os aspectos que devem ser considerados nas ações de promoção da saúde, tanto no nível individual quanto no coletivo, na perspectiva de agregar/vislumbrar mais do que o orgânico, situam-se as condições de moradia, os relacionamentos, as crenças, a família, o econômico e outras dimensões que fazem interface.

Estas mudanças requeridas no plano do cuidado apontam um horizonte, ainda não alcançado, de busca de humanização entre os sujeitos envolvidos nas ações em saúde (profissionais e usuários). O cenário das relações humanizadas e espiritualizadas (que vão além da religiosidade) pressupõe o diálogo, a compreensão, a linguagem verbal e a não verbal, estando, pois, relacionadas a uma atitude entre dois seres humanos, principiando a intersubjetividade, ao envolver os sentimentos, a valorização das experiências e o respeito à dimensão existencial das partes[2,8,13].

Essa direção do alcance da melhoria e da manutenção da saúde, bem como, da humanização, tem exigido da ciência e da sociedade como um todo, a elaboração de ações catalisadoras que abarquem os diversos aspectos intrinsecamente associados à integralidade e à complexidade da vida, visando à promoção da saúde. Denota relevância para compreendermos as íntimas relações estabelecidas entre o profissional de saúde, o qual destacamos neste estudo, o enfermeiro, para com o usuário, família e comunidade; e as dificuldades decorrentes disso.

Assim, a abordagem promotora de saúde requer articulação entre os saberes e as práticas, ou seja, uma formação acadêmica adequada e harmônica com a atuação profissional cotidiana. Nesta direção, propomos o estudo da espiritualidade enquanto constructo transversal que ofereça possibilidade de corresponder às ações de humanização e de Educação para a Saúde.

Na práxis de enfermagem, sob o ponto de vista empírico, mas também, conforme reportado pela produção científica em número limitado, principalmente, no nível nacional, aponta-se a abordagem precária e conflitiva, senão negligente, do

sentido de espiritualidade[14-17]. A qual vem sendo cada vez mais, tomada pelas políticas públicas, como um dos aspectos imanentes ao viver humano[18].

Ao que pontuamos como questão norteadora deste estudo: na concepção dos graduandos de enfermagem, como tem ocorrido o ensino da humanização e da espiritualidade em sua formação?

Isto posto, levamo-nos a traçar os objetivos que se seguem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Conhecer as concepções dos graduandos de enfermagem sobre humanização e espiritualidade na assistência, propondo ação educativa.

2.2 Objetivos específicos:

-levantar e identificar a compreensão dos graduandos sobre os temas humanização e espiritualidade na assistência de enfermagem;

-verificar a existência e a importância atribuída pelos graduandos, da abordagem dos temas em foco, no ensino de graduação;

-desenvolver ação educativa (conjuntamente com os alunos participantes, sobre as temáticas investigadas).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

> A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa. *Paulo Freire*

Procuramos, a seguir, delimitar a temática da formação da enfermagem relacionando a humanização e a espiritualidade, destacando assim, alguns pontos que fazem interface: o contexto histórico da enfermagem; a realidade do processo de trabalho no setor saúde e em enfermagem; a violência em saúde; e o cuidado espiritual; atrelando, nesse processo, as Diretrizes Curriculares Nacionais. Para tanto, propomos uma breve reflexão sobre o assunto em questão.

Formação da enfermagem

Fonte: elaboração própria.

Figura 1: Delimitação temática.

3.1 Contexto histórico da enfermagem e do cuidado

> Todo conhecimento é auto-conhecimento. *Freire*

A história da enfermagem enquanto profissão data de meados do século XIX, a partir de Florence Nightingale, a qual será descrita a seguir. Entretanto, tratamos

primeiro de resgatar alguns pontos evolutivos das práticas de saúde, das curas e da Medicina, as quais influenciaram significativamente, a profissão.

Observamos que, historicamente, a detenção do conhecimento dessas práticas estão intimamente relacionadas a dois polos: *a)* ao poder exercido sobre quem necessita do cuidado em saúde; e *b)* aos valores religiosos, por meio da igreja, que posteriormente, teve o poder de exercer as práticas cuidativas na figura das freiras e religiosos, imprimindo e multiplicando alguns valores na sociedade, como, entre outros, a abnegação, o altruísmo, a obediência e a humildade[19].

Nos grupos nômades primitivos, as práticas de cuidar em saúde num primeiro estágio da civilização, constituíam-se de ações que pudessem garantir ao homem a manutenção da sobrevivência, geralmente sendo desempenhadas pelo trabalho feminino. Teve como concepções orientadoras, a teológica e a evolucionista, estando presentes as crenças em deuses e no mito[19].

Com o passar dos tempos, o homem constatou que deter o conhecimento dos meios de cura resultava em poder, então, controlou e apoderou-se dele, aliando o conhecimento com as crenças nos mitos. Nessa mesma época, por volta do século V antes de Cristo (a.C.), correspondente à fase de empirismo anterior ao surgimento das especulações filosóficas, as práticas de saúde evoluem-se, assumindo caracterização mágico-sacerdotal, ou seja, relações místicas permeadas pelas práticas religiosas e baseadas em mitos, envolvidas pelos sacerdotes nos templos, que serviam também de escolas e santuários[19,20].

No alvorecer da ciência, que se inicia no século V a.C estendendo-se até os primeiros séculos da Era Cristã, as práticas de saúde estão relacionadas ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência, baseando nas relações de causa e efeito. Além disso, os cuidados passam a ser produtos dessa nova fase, baseando-se essencialmente, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico, na especulação filosófica, na investigação livre e observação dos fenômenos, porém limitada pela grande ausência de conhecimentos anatomofisiológicos. Hipócrates, considerado como o Pai da Medicina, deixou de lado a crença de que as doenças eram causadas por maus espíritos, tornando científica a profissão da medicina[19].

A partir do cristianismo, que exerceu papel de revolução social, influenciando na reforma de indivíduos e da família, os cristãos praticavam caridade, sendo que os pobres e enfermos foram objetos de cuidados especiais. Nessa época, a igreja passa a configurar-se como cuidadora dessas pessoas[19].

Assim, o período medieval, compreendido entre os séculos V e XIII, focaliza a influência, para com as práticas de saúde, dos fatores sócio-econômicos e políticos da sociedade feudal, bem como, das relações do cristianismo com as práticas de saúde. Esta época corresponde ao aparecimento da enfermagem como uma prática leiga, desenvolvida por religiosos, assumindo posteriormente, caráter mais evoluído, no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante, no período que compreende o final do século XIII até o início do século XVI. Neste período, há a retomada da ciência, o progresso social e intelectual, e a evolução das universidades. Porém, esses fatores não constituíram crescimento para a enfermagem. Permaneceu enclausurada nos hospitais religiosos, desarticulada e empírica durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais, principalmente com os movimentos da Reforma Religiosa e do período conturbado da Santa Inquisição[19,20].

Sendo negligenciado, o hospital era local de condições insalubres, servindo como depósito de doentes, amontoados em leitos coletivos, significando uma época de grave crise para a enfermagem, quando apenas na Revolução Industrial, no século XVI, iniciativas religiosas e sociais voltaram à atenção para melhorar as condições do pessoal a serviço nos hospitais.

Essa fase culmina com o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX, quando Florence Nightingale, considerada a primeira teórica da enfermagem, tem a tentativa de distinguir os saberes dessa profissão dos da medicina. Marcadamente, surge o aspecto científico da prática da enfermagem. Florence conferiu, à representação social da enfermagem como profissão, o altruísmo e a abnegação, a partir da presença de virtudes na educação moral dos enfermeiros e a orientação de diferentes ordens religiosas[21].

Os conhecimentos de Florence foram oriundos também de suas experiências anteriores à Guerra da Crimeia, em 1854, quando teve acesso a vários idiomas, por meio de sua educação aristocrática, à matemática, à religião, à filosofia, aos conhecimentos das Irmãs de Caridade (sobre regras, horários rígidos, religiosidade e divisão do ensino, por classes sociais). Também foi influenciada nos lugares por onde executou o cuidado de enfermagem leigo e fundamentado nos conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade, bem como, pelos pressupostos de valorização de adequações no ambiente, de divisão social do trabalho e da autoridade sobre o cuidado a ser prestado[21].

Além disso, Florence teve importante contribuição na construção do ensino de enfermagem, por meio do seu poder de observação e de defesa no posicionamento de decisões, fundamentados em prévia investigação, além dos conhecimentos e práticas relacionadas à profissão[21].

Aos poucos, observamos que a trajetória histórica do cuidado em saúde nos mostra que a enfermagem acompanha os cenários que a orientam enquanto prática e construção da profissão, destacando-se esse último aspecto recente, desde Nightingale. Nos dias de hoje, vive-se um período de transição entre a valorização da ciência materialista e da secularização do conhecimento, ou seja, no conflito entre (produção de) ciência e (a consideração dos aspectos da) religião; para uma ciência contemporânea ou pós-moderna, a qual ancora-se e principia novos moldes científicos, no qual discutimos aqui, a espiritualidade enquanto parte desse processo.

Refletindo sobre o proposto, julgamos que os dois opostos, analisados no decorrer da história das práticas cuidativas e da enfermagem, quais sejam, poder *versus* religião, denotam discrepâncias como: imposição *versus* obediência, violência *versus* generosidade, crueldade *versus* piedade, força *versus* zelo; os quais podem ter deixado impressões existenciais indeléveis na profissão da enfermagem, servindo como contrapontos para o alcance do ideal de humanização do cuidado nos dias de hoje.

3.2 Configurações atuais do processo de trabalho em saúde e a enfermagem

> Desde que alberguemos uma única vez o mal, este não volta a dar-se ao trabalho de pedir que lhe concedamos a nossa confiança. *Franz Kafka*

Consideramos que o contexto neoliberal de produção pode imprimir marcas profundas no processo de trabalho em saúde, precarizando-o, à medida que o leva a assemelhar-se com empresas que visam o lucro, alienando o trabalhador, investindo na divisão de tarefas e nos recursos tecnológicos maquinários, tornando, assim, uma produção distante das necessidades e subjetividades humanas, o que, na produção em saúde, exige o encontro entre sujeitos, descaracterizando os contextos de qualidade e humanização do cuidado[22].

Além disto, destaca-se que as universidades públicas vêm apresentando marcas do neoliberalismo, imprimindo-as tanto no modo de trabalho, tendo como

consequências a competição pela produção científica em grande extensão e em pouco tempo; como na formação de profissionais, que visam o mercado de trabalho inserido no capitalismo, focado em procedimentos e técnicas, em detrimento do incentivo ao pensamento acerca de uma sociedade melhor, mais cidadã e mais justa[23].

> A lógica societal, em seus traços dominantes, é dotada, portanto, de uma aguda destrutividade, que no fundo é a expressão mais profunda da crise que assola a (des)sociabilização contemporânea, condição para a manutenção do *sistema de metabolismo social do capital*, conforme expressão de Mészáros (1995) e seu circuito reprodutivo. Neste sentido, desregulamentação, flexibilização, terceirização, *downsizing,* "empresa enxuta", bem como todo esse receituário que se esparrama pelo "mundo empresarial", são expressões de uma lógica societal onde tem-se a prevalência do capital sobre a força humana de trabalho, que é considerada somente na exata medida em que é imprescindível para a reprodução deste mesmo capital. Isso porque o capital pode *diminuir* o trabalho vivo, mas não *e l i m i n á - l o*. Pode intensificar sua utilização, pode precarizá-lo e mesmo desempregar parcelas imensas, mas não pode extinguí-lo (ANTUNES, 2000, p. 44)[24].

Neste sentido, o neoliberalismo, de modo geral, leva ao favorecimento da corrosão do caráter, de forma a inibir, bloquear, segregar e excluir os trabalhadores, no local de trabalho ou na sociedade[24]. Neste sentido, Barreto (2009) afirma que são tantas as competências exigidas, que aos poucos, os trabalhadores "foram transformados em um 'faz-tudo' com mil e uma utilidades, um 'pau para toda obra'. Um verdadeiro mágico da produção"[25].

Aponta-se que, no processo de trabalho em saúde, ainda persistem a fragmentação do processo de trabalho, das relações interprofissionais e da rede assistencial; a burocratização e verticalização do sistema; a pouca qualificação dos trabalhadores; a formação dos profissionais de saúde distante da formulação de políticas públicas de saúde; o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; entre outros aspectos resultantes da desumanização, mesmo após os avanços operacionalizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)[26].

Os padrões de produção dos serviços de saúde não teriam sido alterados, de modo significativo, pela Reforma Sanitária, de maneira que ainda predominariam a produção privada e o enfoque medicalizante, valorizando os meios tecnológicos e a execução de tarefas, muitas vezes, padronizadas e com rotinas, em detrimento da valorização da singularidade dos clientes[26,27].

No que se refere às condições de trabalho, destacam-se alguns apontamentos de situações tidas como geradoras de tensão em ambientes de trabalho, como

exemplo: os baixos salários; a dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional; as jornadas duplas ou triplas; os quais podem propiciar cansaço e sobrecarga de trabalho. Enfatiza-se que, em saúde, o produto final do cuidado é o ser humano, no resgate e apreensão de sua complexidade e subjetividades, sendo que, essas situações citadas anteriormente, podem vir a prejudicar a transformação dos trabalhadores em pessoas mais críticas e sensíveis, sobremaneira, no convívio contínuo com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria.

Diante do exposto, fazemos uma analogia aos tempos anteriores à Reforma Psiquiátrica ocorrida na maioria dos países. O processo de trabalho sob os moldes do capitalismo neoliberal, redundou em docilização dos corpos, podendo-se denominar de esquizofrenia da realidade, alienando, fragmentando, especializando as tarefas, disciplinando, hierarquizando e intensificando o processo, na utilização, ao máximo, do tempo[28]. Suscitam-se situações que induzem a um ambiente de competição extrema, individualismo, maior sujeição e medo do desemprego. Nessa direção, deteriora-se o clima organizacional e as relações interpessoais, propiciando os atos de violência, manipulada e direcionada para desrespeitar a vontade e subjugar o outro[29].

A imposição do processo produtivo na vida do homem, gera a violência, que ocorre de forma coordenada, cotidiana, estruturada, baseando-se no uso de força moral, psicológica, econômica e política, favorecendo assim, a existência de uma ordem centralizada e autoritária, envolvendo, além da agressão física, as relações com o outro (individual), a vida profissional (a organização) e a relação com amigos e família (a sociedade), comprometendo então, a dignidade e possibilitando a violação de direitos[24-25,30]. Quando falamos do encontro entre sujeitos em saúde, as relações geradoras de tensão devem ser ressignificadas, pois que o processo de educação dos homens deve proporcionar ambientes sadios de troca de saberes e transformação da realidade[4,29,31-33].

Entendemos que os novos paradigmas de assistência podem abarcar integralmente, os aspectos da constituição humana, destacando-se a dimensão prioritária de promoção da saúde, a qual deve ultrapassar a dimensão técnica, fazendo-se aflorar a dimensão política que, muitas vezes, mantem-se alienada, sob o modo neoliberal de produção.

Destaca-se que, no processo de desalienação, deve-se considerar que as políticas públicas, as legislações, as normalizações/instituições envolvidas e a

gestão, devem, conjuntamente com o trabalhador, propiciar a melhoria da qualidade do cuidado em saúde, prerrogando-se a humanização como objetivo constante do processo de trabalho.

Neste sentido, há que se destacar que em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social, seja por seu valor econômico (subsistência), seja pelo aspecto cultural (simbólico), tendo, assim, importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas.

Entretanto, as alterações da saúde mental dos trabalhadores podem ser resultantes de desde os fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e o parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional. Como consequências, os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também, reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador[34].

Portanto, o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não-reconhecido ou que se constitua em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica, pode desencadear sofrimento psíquico. No setor saúde, note-se a incongruência da relação entre o serviço prestado e o objeto de trabalho – o ser humano, desconectada da complexidade exigida

Dejours (1998)[35] demonstra, através de seus estudos, que a organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Por meio de seus estudos sobre o que denomina de psicodinâmica do trabalho, o autor reflete que, no trabalho inserido no modo neoliberal de produção, pode haver a violência na organização do trabalho, correlata aos trabalhadores, que aceitam, docilmente, as regras impostas, ocasionando o sofrimento psíquico e o estresse[35].

Neste sentido, as interações das pessoas, no processo de trabalho em saúde, colocam o profissional diante da própria vida, de conflitos internos e frustrações,

sendo frequentes, por parte dele, as percepções mistas de dor, prazer e sofrimento. Porém, apesar de no cuidado emergir grandes cargas emocionais, sobretudo para a equipe de enfermagem (seja pelo fato de haver um contato prolongado com o paciente, seja pelo contato com os familiares), as relações humanas são necessárias, pois do contrário, corre-se o risco de o profissional desenvolver mecanismos rígidos de defesa emocional, prejudicando-o nos âmbitos profissional e pessoal[36].

Representando grande relevância no que se refere ao contingente de trabalhadores da área da saúde, alocados nos serviços públicos e privados, ressalta-se que, segundo estimativas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)[37], segundo dados de 2011, existem cerca de 1.449.583 profissionais de enfermagem em atuação no Brasil, sendo 19,81% enfermeiros, 43,18% técnicos de enfermagem, 36,80% auxiliares de enfermagem e 0,01% parteiras, representando grande relevância no que se refere ao contingente de trabalhadores da área da saúde, entre os serviços públicos e privados[37].

O sofrimento psíquico pode estar, intimamente, ligado, mesmo que não muito evidente, ao processo produtivo do profissional de enfermagem[36]. O que, em saúde, pode comprometer diretamente a humanização da assistência.

3.3 Considerações sobre a violência em saúde

> Aprendi, graças a uma amarga experiência, a única suprema lição: controlar a ira. E do mesmo modo que o calor conservado se transforma em energia, assim a nossa ira controlada pode transformar-se em uma função capaz de mover o mundo. Não é que eu não me ire ou perca o controle. O que eu não dou é campo à ira. Cultivo a paciência e a mansidão e, de uma maneira geral, consigo. Mas quando a ira me assalta, limito-me a controlá-la. Como consigo? É um hábito que cada um deve adquirir e cultivar com uma prática assídua. *Gandhi*

Oportunamente, julgamos importante abrir um colchete no presente estudo, ao trazermos algumas considerações e compartilhamentos com Deslandes (2004)[38], enquanto contribuições para refletirmos de forma crítica as ações em saúde que focalizam o biológico, quando a autora analisa o discurso oficial produzido pelo Ministério da Saúde (MS) sobre a humanização, a partir da leitura e interpretação dos documentos e textos desse órgão governamental[38]. Justificamos oportuno, pois no mestrado foi-se considerado o binômio opressor-oprimido, a partir da leitura em

Freire, decorrente das relações entre a gestão e os profissionais de saúde, desses para com os usuários, e vice-versa, e mesmo entre os profissionais.

Em três eixos discursivos, destaca-se a ideia central da humanização como oposição à violência, seja física e psicológica que se expressa nos 'maus tratos'; seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a "compreensão de suas demandas e suas expectativas". Além dos maus tratos, o primeiro eixo discursivo tratado não reconhecimento das necessidades "emocionais e culturais dos usuários (e da imposição de certos valores morais e comportamentais)", indo ao encontro ao que Foucault se refere, à medida que caracteriza o hospital moderno, no qual predomina a imposição, o isolamento, a despersonalização e a submissão disciplinar aos procedimentos a serem realizados, enquanto marcas da constituição organizacional.

No segundo eixo discursivo identificado, verifica-se que a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento, segundo o estudo[38]. Dessa maneira, o uso de tecnologias leves para a produção do cuidado, a qual envolve as relações interpessoais, diz respeito ao acolhimento, à produção de vínculo e à gestão do processo de trabalho, ao valorizar as expressões das expectativas dos próprios pacientes, na busca pela autonomia da tomada de decisões[12].

O terceiro eixo discursivo identifica a humanização como a melhoria das condições de trabalho do cuidador, não somente baseada no desenvolvimento de avanços de infra-estrutura e renovação de equipamentos. Mas também, apontam o diálogo entre profissionais e usuários, bem como entre profissionais e gestores, para constituir equipes de trabalho saudáveis. Entretanto, observa-se que um dos aspectos fundamentais, pouco explorado nos documentos, diz respeito às condições estruturais de trabalho do profissional de saúde, que inclui a má remuneração, o pouco incentivo e capacitação, e a sobrecarga de trabalho. Pois que, a autora avalia, que as deficiências no trabalho promoveriam os comportamentos de violência e comprometeriam a qualidade do atendimento[38].

Assim, a análise compreende, como conceito-chave da humanização, o processo comunicacional, permeado pela linguagem verbal e não verbal. E ainda, que os documentos analisados caminham sob um debate de inspiração habermasiana e sob a perspectiva hermenêutica gadameriana, segundo as quais a ampliação das possibilidades comunicacionais induziria a uma nova cultura de

atendimento, somente sendo viabilizada pela abertura dialógica, no encontro entre profissionais, e entre os profissionais e usuários. A autora considera ainda, fundamental um projeto de gestão que democratize as estruturas de poder, sendo as ações centradas na ética, no diálogo e na negociação de sentidos e rumos da produção do cuidado, a fim de estarem situadas estrategicamente como humanizadoras, e assim, posicionadas contra a violência[38].

O estudo traz aproximações em sua análise, com o referencial em Freire, adotado neste estudo, quando faz menção a corresponsabilização e ao diálogo entre todos os atores envolvidos na produção do cuidado (profissionais, usuários e gestão), na busca pelas relações mais horizontalizadas entre os atores, possuindo, cada um, o seu papel[38-41]. Bem como, à consideração do usuário como ser ativo de sua história na tomada de decisões, para que não haja a imposição e a violência, enquanto agentes de tensão na produção do cuidado.

De acordo com o exposto, a desumanização gera a violência institucionalizada. Sobre isso, afirma Bleger (1991) que a instituição seria o conjunto de normas, regras e atividades agrupadas em torno dos valores e das funções sociais, e que portanto, o grupo é uma instituição complexa, em que as pessoas que o compõem assumem a personalidade dele, à medida que ele assume as características dos ideais/concepções de uma organização[41]. Por isso, segundo o autor, existe a dificuldade de mudanças de práticas e concepções de um grupo, pois, “a dissolução ou uma tentativa de mudança de uma organização pode produzir diretamente uma desagregação da personalidade”[42].

> A sociedade se autodefende, não dos loucos, dos delinquentes e das prostitutas, mas de sua própria loucura, de sua própria delinquência, de sua própria prostituição; dessa maneira, ela os coloca fora de si mesma, ela os ignora e os trata como se lhe fossem estranhos e não lhe pertencessem (BLEGER, 2001, p. 68)[42].

Ainda, o autor afirma que os grupos podem ser terapêuticos ou antiterapêuticos, sendo que, na última hipótese, as pessoas absorvem e assumem como uma espécie de identidade, o sofrimento ou mesmo os problemas os quais teriam que enfrentar. Sobre isso, se o grupo se burocratiza, compreende “burocracia a organização na qual os meios se transformam em fins, e onde se deixa de lado o fato de haver recorrido a determinados meios para atingir objetivos ou fins determinados”[42].

Ora, se pudermos fazer uma analogia às tecnologias industriais e procedimentais, utilizadas, em princípio, como meios para se atingir saúde, quando anulam o diálogo, por exemplo, o grupo constituído pelos profissionais de saúde pode assumir essas tecnologias como um fim ou objetivo final de sua produção, ou seja, a assistência prestada desemboca no mecanicismo, na frieza das máquinas e no biologicismo, em detrimento da consideração da complexidade humana. Inevitavelmente originar-se-ia um problema que chamamos de desumanização.

3.4 A enfermagem enquanto ciência e profissão do cuidado: interface com a humanização e a espiritualidade

Você é como o intenso desejo que lhe impulsiona:
Assim como é seu desejo, assim será sua vontade.
Assim como é sua vontade, assim serão seus atos.
Assim como são seus atos, assim será seu destino.
Assim como é seu destino, assim será você.
Deepak Chopra

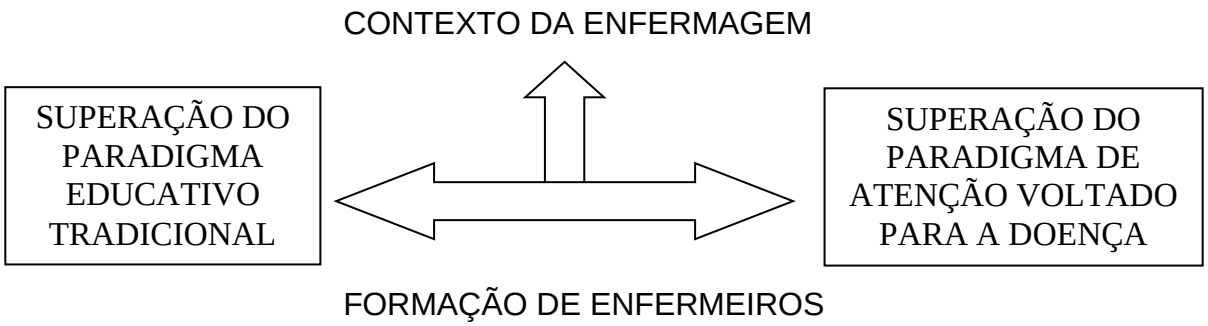
De acordo com referenciais teóricos, faz-se necessário ter a percepção real de que a produção científica vem sendo, nos últimos tempos, questionada na esfera de sua finalidade – o desenvolvimento mundial. Evocam-se discussões sobre o exclusivo sentido cartesiano da cientificidade, e sobre o positivismo, em relação à vida das pessoas[43-45].

Enfatiza-se, neste ponto, a produção científica e/ou de conhecimento, enquanto objetivo maior deste estudo. Visando-se a resgatar, considerar e respeitar o ser humano em suas adversidades e especificidades, pois que o usuário precisa estar confortável com as decisões sobre a sua saúde e ser respeitado em suas possibilidades de entendimento do homem e do mundo, bem como de suas crenças, valores e modo de viver.

Interceptando grandes áreas da enfermagem, a Saúde Pública e a Saúde Mental, visando a transdisciplinaridade, tomamos esta pesquisa como sendo de cunho humanista e humanitário, pressupondo a vertente espiritual, que tenta resgatar a abordagem multidimensional do ser humano e em sequência, da saúde, visto que os diversos aspectos do viver são interdependentes, conformando a complexidade humana[45-48].

As interfaces das áreas das Humanidades e da Educação para a Saúde voltam-se, destarte, para a ressignificação da realidade educacional atual, bem

como da revisão dos projetos político-pedagógicos, no que diz respeito a um processo de ensino-aprendizagem significativo na formação de recursos humanos, no setor saúde, que desenvolva a consciência crítica e a transformação social[39-40].



Fonte: COSCRATO, BUENO, 2012.

Figura 2: Cenário atual dos paradigmas da Enfermagem.

O contexto de enfermagem está inserido na problemática da superação de paradigmas, concernente tanto ao tradicionalismo do modelo assistencial, situando sua práxis, quanto ao modelo educativo, o que tem sido tendência de estudos mais aprofundados nos últimos anos, no que diz respeito a não atingir as subjetividades humanas[11,13,48,49].

Bleger (2001), chama a atenção neste sentido, que o cuidar é um binômio, de onde o cuidar e o ensinar caminham juntos: toda ação terapêutica tem uma ação pedagógica, e vice-versa[42]. Exemplo disso são as oficinas terapêuticas utilizadas amplamente nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, análogas ao modelo italiano, nas quais predominam os grupos e as atividades criativas enquanto terapia em saúde mental.

Na mesma direção, em estudo recente, apontamos concepções de enfermeiros no que diz respeito à dissociação entre cuidado e ensino (voltado à promoção da saúde), no cotidiano profissional[50]. Disto, destacamos que o enfermeiro sempre desempenha atividades de ensino, como por exemplo, as ações educativas voltadas para a saúde, sendo o ensino inerente ao cuidado em saúde.

A palavra cuidado[*1] vem do latim *cogitatu*, que significa pensamento, reflexão. Cuidar significa acautelar, tratar, zelar. O cuidado somente se torna possível quando há relações, muitas vezes caracterizadas pela dependência, entre os semelhantes, representando um estímulo à vida, suprindo as carências humanas[5,51,52]. A face relacional pressupõe a presença das emoções e do diálogo, que possibilitam a manifestação de afeto, altruísmo, solidariedade, respeito e confiança no outro, reconhecendo-se as diferenças e estabelecendo os vínculos[41,52]. Freire reflete que os homens estão inseridos no mundo, e a dialogicidade permite a modulação do homem para com o mundo e vice-versa, ao modular as relações com os outros homens.

Paradoxalmente, no setor saúde, aponta-se a existência de uma crise que poria em risco todo o comprometimento da nossa humanidade: seria a crise de valores, do esquecimento da maneira de nos relacionarmos, do afeto, do amor e da solidariedade[52-55]. A promoção de saúde urge a transformação e revisão profunda dos aspectos que tangem essa crise, por parte dos profissionais de saúde[4,42-53].

A partir desse enfoque de cuidado, um novo paradigma de assistência é lançado, ou seja, aquele que visualiza o ser humano de forma contextualizada, integralizada, reconhecendo e valorizando o outro, num exercício de sensibilidade, escuta, acolhimento, crítica e criatividade por parte dos sujeitos que compõem a produção em saúde – usuários, gestores e profissionais.

A enfermagem, tal como definida por Leininger (1991)[56], é caracterizada como ciência e arte humanística que enfoca condutas de cuidado, funções e processos direcionados à promoção e manutenção de comportamentos de saúde ou recuperação de doença, com significância física, psicocultural e social, convergindo para a espiritual, pelos seres assistidos[56.]

Leininger (2002)[57] afirma que o cuidado do ser humano é um fenômeno universal, vivenciado nas diversas culturas. Vale destacar então, que a autora define o termo Enfermagem Transcultural, fazendo alusão às práticas de cuidado de enfermagem, que visam a um atendimento significativo e eficaz às pessoas, de acordo com seus valores e seu contexto de saúde-doença[57].

---

[1] * Para um melhor entendimento sobre as configurações do cuidado de enfermagem no século XX, consultar: Coscrato (2010)[5].

Dentro dessa perspectiva transcultural, o cuidar assume várias dimensões a serem estudadas praticadas, com vistas a atingir o cuidado integral. Para isso, há de se considerar o ser humano inseparável do conhecimento cultural, espiritual e social, advindos de experiências particulares, o que remete o cuidado humano como fenômeno universal que varia suas expressões, processos e padrões entre as culturas[57].

Depreendemos pois, que o estabelecimento de uma relação terapêutica e humanizada pode, sim, estar integrada e acolher os elementos culturais, sociais, políticos e espirituais do indivíduo e comunidade, na fusão de horizontes pela busca da promoção da saúde, da qualidade de vida e de sentido existencial, e não unicamente, na supressão do medo, do sofrimento psíquico e dos sintomas de uma doença, seja ela física, espiritual ou mental[2].

Sobre as questões da humanização, em Freire (2008)[31], encontramos que humanizar significa a luta contra a opressão; a capacidade do homem de dialogar, pensar, atuar e relacionar conscientemente, em sua realidade; caracterizando a diferença dele para com os animais[31]. A consciência dessa realidade seria respeitar e reconhecer a historicidade e os contextos sociais, espirituais, políticos, culturais, ambientais entre tantos outros, em que o homem está inserido, nos quais, ele convive e pode transformar, numa relação de reciprocidade[48]. Reis (2006)[26] compreende a humanização em saúde, sob o prisma de se colocar o sujeito como ser humano que busca conquistar a autonomia, enquanto agente ativo de sua história de vida[26].

Para caracterizar este tipo de relação terapêutica, o SUS propõe a Política Nacional de Humanização, e intenta para que a humanização não deva ser entendida como um princípio, mas como uma transversalidade e política pública de saúde, tornando concretos os princípios desse sistema, nas mais diferentes e diversas práticas de saúde. Essa tarefa se apresenta em via dupla, reafirmando pois, que a partir da produção de sujeitos, há 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 que insira a humanização como política transversal, que venha a perpassar todas as estratégias e práticas, e não a tenha como um significado de ficar fora ou ao lado delas[58,59].

A finalidade deste pressuposto é valorizar as interrelações humanas, como um modo resistente à "superioridade moral do mercado, elevando-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana"[60]. Assim, 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 não considerar as necessidades e desejos do outro[61].

O desafio do encontro com outro ser humano, havendo a aceitação do outro, a partilha de valores humanos, nas relações e vivências mais profundas deve ser possível, ao possibilitar que o cuidador amplie a visão de mundo e de homem a partir dele mesmo. Nesse sentido, seria pertinente a troca de experiências, em pleno ato de liberdade, tornando cada indivíduo capaz de fortalecer o sentido e o valor existencial da vida[41,53].

3.5 O cuidado espiritual sob a perspectiva da humanização

> A ruptura com a vida cotidiana desencadeia uma carência de presença: enfermeiras funcionam, por vezes, como 'doadoras de presença e de atenção', 'doadoras de tempo', figuras fundamentais para reestabelecer os laços entre o paciente e a vida. A imagem de anjos, mensageiros e mediadores entre a vida e a morte, ainda se mantém, apesar da precariedade das mensagens e dos contatos estabelecidos. Em alguns casos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem utilizam o diminutivo para se referir às partes do corpo do paciente (perninha, bracinho, mãozinha). Talvez porque lhes pareça que, desse modo, seja possível transmitir algum afeto ou confiança, podendo, assim, reduzir o constrangimento do paciente provocado pela exposição constante de seus males e de suas intimidades físicas. *Denise Bernuzzi de Sant'Anna*

Ao discorrer sobre o cuidado espiritual, não poderíamos deixar de falar de Travelbee, teórica da enfermagem que inaugurou o assunto. Joyce Travelbee foi uma enfermeira psiquiátrica, educadora e escritora norte-americana, nascida em 1926 e falecida em 1973.

Travelbee (1979)[62] assume como canal de estabelecimento do relacionamento terapêutico, a comunicação, o conhecimento, e o amor aos outros e a si mesma. Quanto ao enfermeiro, o define caracterizando-o como pessoa dotada de conhecimento, de interesse em ajudar os outros e a si mesma, e de prevenir doenças, promover a saúde e auxiliar os doentes a encontrar um sentido na vida, a partir de sua enfermidade. Tanto que, dentre as quatro funções desse profissional, destaca a promoção de saúde mental, a prevenção da doença mental, o auxílio ao

doente no enfrentamento da enfermidade, e a assistência ao paciente, família e comunidade, sempre ajudando-os a encontrar o verdadeiro sentido da vida[62-64].

A teórica ainda propõe a assistência ao ser humano, efetivada por meio do amor, da esperança, da comunicação e do relacionamento interpessoal, com vistas a atender às necessidades biológicas, emocionais, psicológicas e espirituais. Sobre o conceito de saúde, Travelbee (1979)[62] discute a definição da OMS, referindo a ela como juízos de valor concernentes à natureza do ser humano, definidos como normas culturais, regras e comportamentos de uma sociedade, sendo que eles não são estáticos, mas dotados de concepções vigentes sobre ele e sua natureza, isto é, sobre a sociedade na qual esse ser humano vive[62].

Grudtner (1997)[64], em estudo que objetivou investigar a ajuda à família do indivíduo que necessita de intervenção cirúrgica, envolvendo docentes, discentes e equipe assistencial de enfermagem, destaca que utilizou da relação entre os pressupostos e conceitos da pedagogia problematizadora de Paulo Freire e a teoria da relação interpessoal de Travelbee. Vislumbrou-se o encontro de um significado na doença e na vida, devido aos conceitos de amor e comunicação presentes nos pressupostos dos teóricos, envolvendo ainda, a humildade, o diálogo, a cooperação, e parceria[64].

Travelbee (1979)[62] não faz distinção do papel desempenhado pelos seres humanos, quer sejam profissional, doente ou família, colocando que a diferença entre eles é que um precisa de ajuda e o outro pretende ajudar[62].

Seguindo as tendências internacionais orientadoras do cuidado em saúde, no tocante ao assunto humanização, dispomos de considerar a espiritualidade como elemento facilitador nesse processo[65].

No Brasil, encontramos os estudos de Moreira-Almeida (2008, 2012)[66,67], que consideram as dificuldades e desafios das pesquisas sobre espiritualidade na área da saúde, destacando: a persistência dos pressupostos filosóficos (como o paradigma científico moderno materialista) e históricos (o conflito entre ciência e religião), a ampliação de temas de investigação na área (porém visto com resistência, pois afirma que a realidade ontológica de um dimensão espiritual não cabe no paradigma científico supracitado), a efetivação do rigor metodológico e de análise de resultados, e a divulgação dos resultados em periódicos científicos e para a comunidade[66,67]. Na enfermagem, destaca-se o estudo de Gonçalves

(2013)[68], que investigou sobre as atitudes possíveis advindas das percepções dos estudantes de enfermagem em relação ao usuário de substâncias psicoativas e a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais do cuidado[68].

Fundamentando-se pois, nas reflexões anteriormente citadas, este estudo busca verificar a pertinência da proposta de revisão da formação universitária em enfermagem. Não somente na formação que seja voltada às áreas humanísticas, mas principalmente, na inclusão do cuidado espiritual na assistência. Há que se considerar a possível necessidade de revisão da postura profissional (ou seja, da práxis que associe um alicerce teórico com a realidade prática do cotidiano) do enfermeiro diante da família e do paciente, não apenas em situações de doença física e/ou psíquica (inclusive o uso de álcool e outras drogas), e de risco de morte (os quais, levam ao estado de depressão e isolamento, inferioridade e desesperança; e portanto, de sofrimento psíquico e espiritual), mas principalmente, na adoção de postura que logre a promoção da saúde mental e do viver humano, de forma saudável, respeitosa e cidadã.

Nesses termos, pontua-se a proximidade da espiritualidade/humanização com a proposta da assistência comunitária em saúde, a partir do conceito da Atenção Primária à Saúde (APS)*[2]. A APS foi anunciada e divulgada mundialmente, em associação com a OMS, em 1978, na Conferência de Alma Ata, tendo como eixo principal, o apoio à autonomia e controle sobre a vida e saúde, dos indivíduos e grupos sociais[69]. Segundo Vasconcelos (2002)[70], o conceito da APS aponta para um modelo de atenção que evoca uma nova forma de abordar os problemas de saúde, podendo superar a tradicional medicina positivista e mecanicista[70].

A articulação entre as estratégias de promoção da saúde, inclusive as educativas, é desejável, ao compreender que vislumbrar os contextos do mundo onde os seres humanos estão inseridos, não cabe a exclusão quanto aos fatores determinantes da existência e da saúde[1].

Compartilhando com essa visão freireana, MacDonald e Warren (1991)[71] citam:

[2] *Sobre a evolução histórica (no século XX) dos conceitos de saúde e educação para a saúde, consultar: Coscrato (2010)[5].

> A educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disto, ela 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 à Saúde integral (p. 44).

Sobre o cuidado espiritual na assistência de enfermagem, vale salientar que a literatura científica tem aumentado sua produção nos últimos anos, por meio de estudos que objetivam o refinamento de conceitos teóricos e a necessidade dos constructos associados à espiritualidade, visto à iniciação do reconhecimento dessa área para o cuidado[70-72].

Essa dimensão do cuidado revela a necessidade de conhecimento acerca de habilidades para identificação e avaliação diagnóstica e de ações implementadas, de esclarecimento de conceitos, de aprimoramento profissional e fundamentação científica, deixando patente a realização de mais pesquisas sobre a temática, considerando as divergências sobre o papel do enfermeiro no que diz respeito ao cuidado espiritual[72-75].

Ademais, torna-se pertinente a distinção dos temas espiritualidade e religiosidade, relacionado ao esclarecimento de conceitos. Segundo WHO (1998)[65] e Chan et al. (2006)[14], a espiritualidade engloba o domínio existencial e a essência do que é ser humano, e não tem significado de uma doutrina religiosa[14,65]. Significa uma filosofia individual, os valores e o sentido atribuído à vida. A dimensão espiritual fica evidenciada quando o indivíduo está em estado de estresse emocional, doente ou em situações próximas à morte. E assim, a espiritualidade, tem o objetivo de buscar a harmonia com o universo e a responder questões existenciais, na procura de um sentido para a vida, os acontecimentos, a individualidade, a paz e a integridade[52,76-79]. Relaciona-se com a essência da vida. Induz comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, sob uma perspectiva de subjetividade e transcendência[52].

Por vez, o conceito de religiosidade é uma relação com algum tipo de força divina ou sobrenatural, ligada ao sagrado e geralmente, a uma doutrina. Pode servir como veículo em que a pessoa possa expressar a sua espiritualidade, a partir de

valores, crenças e rituais que podem, portanto, levar à busca de respostas às perguntas essenciais sobre as questões de vida e morte[79-83].

Pontua-se que as dimensões espiritual e religiosa, também estão presentes na vida pessoal de profissionais de saúde e pesquisadores. E aí, denota-se a importância de os enfermeiros avaliarem a necessidade de intervenção nessa área, visto o papel desse profissional, de auxiliar paciente e família a se associarem aos elementos facilitadores do tratamento, quando em situação de doença, ou a tudo que pode viabilizar estímulo para a manutenção da saúde e da vida[84-86].

Considera-se importante, então, o reconhecimento, por parte dos enfermeiros, da própria religiosidade e espiritualidade, com vistas a otimizar a promoção do cuidado – por meio do desenvolvimento da sensibilidade e de diálogos mais aprofundados com o paciente, em que o profissional auxilia na mobilização interior do paciente e na atribuição de sentido à vida, diante de processos de sofrimento, como a doença e a morte[84]. Travelbee já chamava a atenção para o fato de o enfermeiro conhecer a si mesmo, os seus valores espirituais, as crenças filosóficas e os sentimentos, de maneira que são fatores determinantes para o auxílio ao paciente para encontrar significado na vivência de doença e sofrimento, bem como, para que eles não interfiram de maneira negativa no relacionamento terapêutico e na qualidade do atendimento oferecido[62-64].

Estudos demonstram que a prestação de cuidados espirituais na prática dos enfermeiros, depende do esclarecimento deles sobre suas perspectivas acerca do assunto, já que é percebido que essa práxis não se configura como um profissionalismo científico[82-84]. Aponta-se, também, a necessidade de mais estudos para confirmar a percepção das respostas espirituais, tanto pelo paciente e seus familiares, como pelo enfermeiro, o que remonta a sérios questionamentos sobre a formação do enfermeiro voltada à espiritualidade e a uma postura educativa em saúde, que assuma a atenção aos valores sociais, culturais e espirituais construídos.

Embora seja reconhecida a importância da relação corpo/mente/espírito para a efetivação do cuidado integral e humanizado, na prática, o enfermeiro, raramente, realiza diagnósticos que englobam a espiritualidade do paciente[87]. Chaves (2008)[82] aponta severas dificuldades, que residem no desafio de interpretar o comportamento espiritual do paciente, e de os diagnósticos de enfermagem dessa temática terem

alto grau de abstração e receberem pouco consenso da literatura em relação à definição, dentre outros aspectos[82].

Evidencia-se portanto, que desde o início da formação do enfermeiro, faz-se necessário incluir temas voltados à dimensão espiritual dos indivíduos, familiares e profissionais de saúde. Outro foco importante, seria a inclusão de temas voltados para o autoconhecimento, tanto na formação quanto na educação permanente, visto que está sendo considerado que o cuidado do enfermeiro consigo mesmo, pode influenciar a disposição desse profissional para o cuidado com o próximo, emergindo a questão dos aspectos espirituais[82-84].

3.6 Espiritualidade e formação de enfermeiros

> Daí a ênfase que dou (...) não propriamente à análise de métodos e técnicas em si mesmos, mas ao caráter político da educação, de que decorre a impossibilidade de sua neutralidade.
> *Paulo Freire*

Conceber o sujeito como ator principal de sua história e de sua vida, respeitando-o, nos leva, enquanto enfermeiros/profissionais de saúde, a revisar postura e condutas, nas quais são destacados os elementos facilitadores do processo terapêutico, e não somente os elementos dificultadores. Esses focam os sintomas e a doença, por vezes, baseados num modelo curativo de atenção à saúde. Não desprezando o mérito do conhecimento construído, mas intenta-se, atualmente, transpô-lo, demandando perceber e acolher as adversidades da vida, como elementos propulsores de novos paradigmas de assistência, considerando as aproximações e interfaces da saúde pública e da saúde mental[46].

Nesse âmbito, a literatura científica convoca a mais estudos sobre a implementação e avaliação de estratégias, sobre os facilitadores, sendo que as variáveis biopsicossocioespirituais como idade, sexo, raça, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, espiritualidade, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde devessem ser considerados na prática em saúde[86-88].

Há que se destacar, ainda, que enquanto o conhecimento tem caráter racional, a adesão ao tratamento em situação de doença é um processo complexo, que envolve fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística[86]. Isto pressupõe entendermos, também, o aspecto espiritual do ser humano.

Após o exposto, refletimos: como proporcionar um cuidado humanizado, atento às subjetividades, e de respeito às crenças do outro? Ao passo que, desse quesito, questionamos que as relações estabelecidas no encontro de dois sujeitos, no cuidado em saúde, são geradoras de tensão e de trocas de emoções e sentimentos, e apontamos para a complexidade envolvida no processo do cuidar.

> Valorizar a espiritualidade na formação profissional, no trabalho de atendimento e nas ações coletivas de saúde não é uma questão dependente de se acreditar ou não em Deus, de ser religioso ou não, mas uma exigência imposta pela realidade concreta do trabalho em saúde. A importância da espiritualidade no processo de elaboração subjetiva de saídas para a crise da doença para a maioria da população na motivação e orientação do trabalho de grande parte dos profissionais é inquestionável. É, portanto, um fato social, pedagógico, psicológico e médico que não pode continuar sendo desconsiderado. Não é científico deixar de refletir e estudar essa dimensão da realidade de saúde. Não é uma pedagogia científica a que evita a sua discussão e estudo nos espaços de formação profissional. Desconsiderá-la, nesta etapa de avanço da reflexão teórica sobre o trabalho em saúde, só pode ser explicado por uma atitude medrosa ou preconceituosa, apegada a um conflito ideológico importante nos primeiros séculos de estruturação do método científico, mas que vem sendo superada com a evolução do pensamento crítico a partir da segunda metade do século XX (VASCONCELOS, 2006, p. 127)[70].

Podemos, então, ter a percepção de que a responsabilidade de se proporcionar o cuidado humanizado e espiritual não deve ser depositada somente, no âmbito de iniciativa pessoal do profissional de saúde. A espiritualidade deve estar presente nos espaços da formação profissional, dentro de uma pedagogia científica que valorize a discussão, a reflexão e a crítica, para que se efetive o avanço do conhecimento teórico em saúde, estendendo-se para a práxis[55]. Ainda, Vasconcelos (2006)[70] identifica a temática imersa no conflito ideológico de transição de um paradigma científico moderno para o pós-moderno, a qual iremos aprofundar no espaço da metodologia deste estudo.

O espaço do ensino ocupa, pois, destaque na enfermagem, tanto no que diz respeito à formação desse profissional, quanto na realidade da Educação para a Saúde a qual está imersa[40,49,88]. A partir da análise etimológica da palavra ensinar, verifica-se que ela deriva do latim (insignare), e significa indicar, fazer sinal e apontar numa direção. Pressupõe-se então, que o ensino é somente um norteador da atividade educativa, pois quando se fala em saúde, sobre mudança de comportamentos na direção da saúde, ou seja, quando se remete à Educação para

a Saúde, aspectos como a conscientização e a criatividade emergem, tendo-se de lançar mão, por exemplo, da problematização de situações reais.

Freire (1999)[31] nos alerta sobre a construção de conhecimentos e a efetiva transformação social, devendo haver a dialogicidade no processo dinâmico da contextualização da realidade, ou seja, o esforço deve-se estender para as instituições e legislações que organizam o viver em sociedade[31].

Assim, de acordo com as normatizações, no que se refere à formação do enfermeiro, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2001, prerrogam a valorização do exercício da crítica, da criatividade e da sensibilidade, devendo haver a escuta e o diálogo como elementos necessários ao cuidado, construindo relações de solidariedade e respeito mútuos, num aprendizado contínuo da capacidade de se colocar no lugar do outro[11,40,89]. O que torna oportuno um parêntesis sobre o significado da palavra empatia, derivado do grego (empatheia), a qual possui proximidade com a espiritualidade: a análise etimológica indica que empatia é olhar com o olhar do outro, considerando uma perspectiva diferente, sentindo-se como se estivesse na situação experimentada por outra pessoa.

Na mesma linha, o Plano Nacional de Educação (PNE), traz como uma de suas metas direcionadas à educação superior "(...) fomentar estudos e pesquisas que analisem a necessidade de articulação entre formação, currículo e mundo do trabalho, considerando as necessidades econômicas, sociais e culturais do país"[90]. Além disso, no que diz respeito aos cursos de licenciatura, propõe:

> (...) Ampliar programa permanente de iniciação à docência a estudantes matriculados em cursos de licenciatura, a fim de incentivar a formação de profissionais do magistério para atuar na educação básica pública.
> (...) Promover a reforma curricular dos cursos de licenciatura, de forma a assegurar o foco no aprendizado do estudante, dividindo a carga horária em formação geral, formação na área do saber e didática específica.
> (...) Induzir, por meio das funções de avaliação, regulação esupervisão da educação superior, a plena implementação das respectivas diretrizes curriculares (Conferência Nacional de Educação, 2011)[90].

Dessa maneira, depreende-se que mudanças na estrutura curricular podem ser necessárias, de forma a corresponder com os contextos sociais, econômicos e culturais do país[91-92]. Embora essas mudanças estejam sendo introduzidas aos poucos, salienta-se que é preciso repensar não somente quantitativa, mas também qualitativamente os espaços no currículo, inserindo a humanização enquanto

caminho e preocupação com o processo ensino-aprendizagem e com o cuidado, desempenhados pelo enfermeiro licenciado.

Essas mudanças devem estar sempre fundamentadas em literatura especializada, haja visto o caráter científico do cuidado e da docência, pois segundo Zeichner e Diniz-Pereira (2005)[93], o papel da ciência seria o de desenvolver a consciência política dos estudos voltados à pesquisa, compreendendo as implicações sociais e políticas de nossas ações, e atuando de maneira a promover valores democráticos[93-94]. Donde questionamos: em que dimensões a aprendizagem está sendo significativa? Como está sendo a formação, pelas instituições de ensino superior, dos futuros docentes/cuidadores: está voltada para o despertar da consciência, da crítica e da transformação social, visto o papel político das ações de cuidar e ensinar? E qual a concepção da relevância social dessas ações, tendo o paciente, família e comunidade enquanto objeto e produto do cuidado de enfermagem, num movimento de humanização, de nos construir conjuntamente?[31,95].

Consideramos que o repensar e as atualizações que podem ser feitas no currículo da formação de enfermeiros no Brasil, devem levar em conta o planejamento que tenha, como pano de fundo, a consciência das dimensões técnica, científica e política do projeto pedagógico. E, neste, visando à melhoria da qualidade da formação, não pode-se deixar de lado os elementos históricos fundamentais que deram origem ao modelo de ensino presente nas universidades, atualmente[4,31,93-96].

A universidade, no Brasil, surgiu somente no século XX, mais tarde do que na maioria dos países vizinhos na América Latina, constituindo-se instrumento fundamental para a modernização da sociedade[96]. É possível identificar que, historicamente, a universidade brasileira sofreu influência de alguns modelos de ensino europeus: o jesuítico, o francês e o alemão, os quais ainda hoje se manifestam nas práticas docentes, possibilitando o entendimento do modelo de formação pedagógica presente no contexto da graduação em enfermagem[92].

As primeiras instituições escolares implantadas em nosso país seguiram os moldes de escolas jesuíticas, impregnadas pelos princípios cristãos, sofrendo influências da educação elitista, com vistas à formação competente de mão de obra para a colônia. Sendo que a principal atividade educacional era a catequese dos índios pelos padres jesuítas[97].

O método de ensino, que era comum a todas as escolas jesuíticas do mundo, tinha como referência o método escolástico, visando à colocação exata e analítica dos temas a serem estudados, à argumentação precisa e à clareza dos conceitos e definições, envolvendo o currículo com ensinamentos de gramática, retórica, dialética, aritmética, geometria, astronomia e música[98,99].

O conhecimento era somente transmitido, do professor enquanto detentor do saber, para o aluno, utilizando a memorização como processo essencial da aprendizagem[92,99]. Esse modo de ensino permanece até hoje no cotidiano de sala de aula, porém ao professor universitário, não existindo um manual específico para que seja cumprido, a ação docente é baseada no senso comum de como ensinar[92,100]. Mesmo assim, ressalte-se que ele trouxe um método pedagógico, costumes, moral e a religiosidade europeia.

O segundo modelo de ensino que exerceu forte influência na universidade brasileira, é o francês-napoleônico, vindo a partir de 1808, tendo como destaque os cursos isolados, profissionalizantes e não universitário, centrado nos cursos em geral, visando a formação de burocratas para o desempenho das funções estatais[98]. Assim, ainda com os recalques do modelo jesuítico, o ensino superior não superara a prevalência da desvinculação entre teoria e prática, sendo que os principais cursos foram a medicina, a engenharia, o direito, a agricultura e as artes.

Com o início do século passado, houve também a influência do modelo alemão ou humbolditiano, num processo de edificação nacional, em momento histórico, no qual a Alemanha havia perdido o pioneirismo da revolução industrial iniciado pela França e Inglaterra. A universidade brasileira então, implanta a ciência via pesquisa, por meio da construção científica para resolução dos problemas nacionais, como tentativa de renovar a tecnologia e amenizar e eliminar a dependência na reestruturação da autonomia econômica nacional[98].

Segundo Fernandes (2001)[101], atualmente, os critérios de avaliação da qualidade docente estão fundamentados na produção acadêmica, sendo que o desempenho do professor é aferido pela produção científica (artigos, pesquisas), sem muitas vezes, uma reflexão sistematizada que traga sua prática pedagógica como foco de análise, em detrimento das questões didático-pedagógicas[101].

Scorzoni (2013)[102] discute sobre as diversas dificuldades advindas do processo de formação de docentes para o ensino superior, inclusive situados na legislação

nacional, no que pese à priorização da pesquisa e a oferta diminuída dos espaços de formação voltados especificamente, para o exercício da docência[102].

Verificando esta lacuna, advinda inclusive do modo estrutural do sistema educacional na universidade, destaca-se, portanto, a justificativa de considerar os estudos da espiritualidade na formação do enfermeiro licenciado, pois que o mesmo irá atuar no ensino e assistência na sociedade, como também na gestão, tendo que desenvolver competências profissionais que sejam sensíveis e resolutivas frente aos diversos contextos de vida das pessoas[39,88]. Sendo que, entendemos a espiritualidade como elemento convergente para a humanização.

O PNE enfatiza, ainda, a educação enquanto direito humano e função social, para a qual cabe reconhecer o papel estratégico das instituições da educação básica e superior "na construção de uma nova ética, centrada na vida, no mundo do trabalho, na solidariedade e numa cultura da paz, superando as práticas opressoras, de modo a incluir, efetivamente, os grupos historicamente excluídos (...)"[90].

Assim, consideramos que a proposta deste estudo, busca apreender os âmbitos da espiritualidade e da humanização, tendo como pressuposto teórico, o universo conceitual de Freire, na formação de enfermeiros (do curso de Bacharelado/Licenciatura).

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

> A consciência do mundo e a consciência de si como ser inacabado necessariamente inscrevem o ser consciente de sua inconclusão, num permanente movimento de busca. *Paulo Freire*

Para o desenvolvimento do presente estudo, procuramos traçar alguns norteamentos metodológicos, como tipo e delineamento, participantes, local, técnicas, instrumentos da pesquisa, análise dos dados e intervenções, considerações éticas, que permearam todo o processo em questão, sendo descrito a seguir.

4.1 Tipo e delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, identificada como estudo descritivo-exploratório, mediatizado pela metodologia da pesquisa-ação.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo[45], responde a questões particulares, sendo que ela trabalha com significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou com níveis de realidade, que nem sempre podem ser quantificados. Então, 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[45].

O pensamento cartesiano dominante desde o século XVII, iniciado por Descartes e Bacon, o qual ainda permeia nossas relações, concepções, sistema educacional, termina por separar o mundo externo do interno, o racionalismo do subjetivismo, apregoando ao sujeito a responsabilidade sobre seu sofrimento e suas ações e escolhas de vida. Coloca-se em pauta o objetivo da construção do conhecimento e aplicabilidade da ciência nos problemas da sociedade, marcada pelas profundas fragmentações de saberes e exclusões humanas, pois ainda permanecem problemas essenciais, como a pobreza, a miséria, a fome e a violência[45].

Nessa discussão do papel da ciência, Deslandes e Assis (2002)[103] e Minayo (2010)[45] refletem que o objetivo não é o de induzir ou deduzir, ou mesmo, de reproduzir e generalizar resultados, comportamentos e tendências, pois assim

poder-se-ia levar à fragmentação dos saberes; mas sim, de investigar e construir conhecimento, entendendo a relação do homem com o mundo[45,103].

Muito discute-se sobre a confiabilidade das pesquisas no mundo atual, destacando principalmente o grande embate entre as ciências sociais (incluindo as da área da saúde) e as naturais. Segundo Minayo (2010)[45], o pesquisador da área da saúde não está fora da realidade investigada, e que, não somente o objeto é construído por ele, como também, ele próprio se constrói no labor da pesquisa[45].

O movimento em direção ao objeto de estudo, ou seja, as formas de abarcar a realidade por meio da ciência social, é resultante da interação entre teoria, método e criatividade do pesquisador[104]. Entretanto, deve-se ultrapassar a escravidão ao método ou às técnicas, pois o progresso da ciência está associado mais à violação das regras do que à sua obediência, pois o homem deve unir busca de conhecimento e o espírito crítico em todo o caminhar da pesquisa[31,105].

Ainda, o progresso da ciência muitas vezes, se faz pela quebra dos paradigmas, compreendidos e reconhecidos pela comunidade científica, como um conjunto de crenças, visões de mundo e de formas de trabalhar; de modo que coloca-se em discussão as teorias e os métodos, levando assim a uma verdadeira revolução[44].

Sobre as abordagens quantitativa e qualitativa de pesquisa, as quais segundo Minayo e Sanches (1993)[106], nem deveriam ser denominadas separadamente, pois representam faces da mesma moeda (a ciência), observa-se o maior reconhecimento de cientificidade atribuído às pesquisas quantitativas, cujo paradigma dominante define-se como aquele que detem os critérios científicos e fidedignidade de resultados, manifestando-se inclusive no maior direcionamento dos financiamentos na área da pesquisa[106]. Entretanto, concernente à superação desse paradigma, verifica-se a pertinência de argumentos, reconhecendo-se que "o desprezo pelos elementos qualitativos e a completa restrição da vontade não constitui objetividade e sim negação da qualidade essencial do objeto"[105-107].

Embora a elaboração de critérios preconizados capazes de conferir aos estudos um caráter de cientificidade se deu por meio das ciências naturais, valendo-se como único referencial válido para tal função, Deslandes e Assis (2002)[103] afirmam que é "preciso continuamente desmistificar a ideia positivista de que há somente um modelo possível e legítimo para se fazer ciência"[103].

Popper, acerca da ciência, ao afirmar que a verdade é provisória e inalcançável, dizia-se um crítico do positivismo, evidenciando o materialismo promissório, ou seja, desde o início da ciência baconiana (nos idos do século XVII), os cientistas tentam chegar às provações de suas certezas científicas, nunca chegando-se ao fim e à irrefutabilidade[107-108] . Autores como Le Compte e Goetz (1982)[109], questionam a visão positivista dos critérios de confiabilidade e validade da pesquisa quantitativa, os quais se restringem ao sentido de replicabilidade, generalização de estudos/resultados e neutralidade do pesquisador[109]. Discorrem sobre algumas premissas que podem determinar a confiabilidade das pesquisas qualitativas, tais como a exploração aprofundada do universo teórico, a descrição da escolha dos participantes, o exame por pares, a triangulação de dados e de métodos, o delineamento da pesquisa consistente com o objetivo, a documentação dos procedimentos metodológicos e analíticos, entre outros.

A pesquisa qualitativa teria como substituição da objetividade, enquanto critério de validade, a objetivação, ou seja, a pesquisa qualitativa lançaria mão do, anteriormente citado, movimento (e não espelho ou reflexo) crítico entre investigador e objeto de estudo, sabendo que ambos compartilham a mesma condição histórica e os mesmos recursos teóricos, em direção ao objeto de estudo.

Segundo Minayo (2010)[45], é inviável reproduzir literalmente, o objeto a ser estudado, devido ao fato de tratar a realidade da qual os pesquisadores, que são seres humanos lidando com outros seres humanos, também são agentes, ou seja, assim como cita Lévi-Strauss apud Minayo (2003)[105], numa ciência, "onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é uma parte de sua observação"[45,105]. Na mesma direção, sobre a dinamicidade histórica, Freire (2008)[31] afirma que, como não há homens sem mundo, sem realidade, o movimento parte "das relações homens-mundo[33]. Daí, que este ponto de partida esteja sempre nos homens, no seu aqui e no seu agora que constituem a situação em que se encontram ora imersos, ora emersos, ora insertados". E ainda:

> "(...) por isto mesmo é que os reconhece (os seres humanos) como seres que estão sendo, como seres inacabados, inconclusos, em e com uma realidade que, sendo histórica também, é igualmente inacabada. Na verdade, diferentemente dos outros animais, que são apenas inacabados, mas não são históricos, os homens se sabem inacabados. Têm a consciência de sua inconclusão."(FREIRE, 2008, p. 32)[31].

Deslandes e Assis (2002)[103], ao discorrer sobre a definição de realidade social, caracterizam-na como: *a) sui generis*, justificando que não há como comparar posteriormente a pesquisa, e portanto, não há como replicá-la, mesmo com o mesmo local de pesquisa e os mesmos atores participantes; pois *b)* é histórica, porque está inserida em época específica; e *c)* é construída, pois a partir de cada época histórica, os mesmos atores, pensam ou constroem, de diferentes maneiras, um objeto[103].

Destaca-se que a perspectiva qualitativa não se propõe a estabelecer uma verdade, mas uma versão científica da realidade, sendo que o objeto de estudo é sempre uma representação conceitual, ou seja, não se trata apenas da interpretação, que é o ponto de partida (porque se inicia com as próprias interpretações dos atores/pesquisados), mas da interpretação das interpretações (que é o ponto de chegada). Segundo Geertz (1989)[110] e Gomes (2010)[111], analisar é optar por estruturas de significação, determinar sua base social, dialogar com as interpretações do sujeito a partir da situação histórico-social em que se insere ou são influenciados[110,111].

A pesquisa qualitativa em saúde reconhece o ser humano não somente como receptor e reprodutor das estruturas e relações nas quais ele se constitui, mas também, desempenha a função de construtor e ser ativo dos sentidos e rumos sobre sua vida e sua morte[45].

Enquanto recorte metodológico, este estudo caracteriza-se sob o caráter idiográfico, e não nomotético, pois não possui intenção de, a partir da investigação de uma situação particular, apreender leis gerais, ou seja, de pura e simplesmente, alcançar e generalizar os resultados. Mas, preocupa-se em estudar, de forma ampla e profunda, uma situação específica e particular, intentando à ação interpretativa, ou seja, ao processo (e não ao fim, os resultados) frente a diversidade e a complexidade do objeto de estudo. Além do que, não constitui pesquisa científica excludente ao que diz respeito à escolha entre a natureza material e a mente humana[97,109-111].

4.2 Pesquisa-ação

A metodologia da pesquisa-ação constitui uma modalidade investigativa baseada em dados empíricos que apresenta procedimentos metodológicos mais

flexíveis, como a entrevista e a observação participante: a primeira é para coletar dados informativos dos participantes, identificando seus significados e opiniões. A segunda, ocorre para melhor conhecer a realidade, ou seja, o local investigado e os sujeitos pesquisados, isto é, os participantes do estudo[112,113].

Ela teve início nos anos de 1940, com os estudos de psicologia social, advindos das dinâmicas de grupo de Kurt Lewin, os quais investigaram sobre os grupos nas instituições e a necessidade de auto-conhecimento e tecnologias relacionais[112-114].

A metodologia da pesquisa-ação no Brasil vem sendo difundida amplamente[115], notadamente na Universidade de São Paulo (como na Jornada de Pesquisa-ação, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, e no Seminário de Pesquisa-ação, da Faculdade de Educação, ocorridos em 2012), de forma a se discutir sobre a inserção nos novos paradigmas científicos, bem como, sobre os fundamentos, desafios e aplicabilidade.

Thiollent (2000)[115] afirma que a pesquisa-ação é uma alternativa metodológica diferente das convencionais técnicas de pesquisa, e é cientificamente controlada, segundo ele, mesmo dentro de uma concepção geral de cientificidade que seja diferente do padrão positivista[116].

> O principal desafio da pesquisa-ação consiste em produzir novas formas de conhecimento social e novos relacionamentos entre pesquisadores e pesquisados, e novos relacionamentos de ambos com o saber. (...) a pesquisa-ação precisa ser utilizada dentro de uma problemática teórica de orientação crítica e não apenas instrumental (Thiollent, 2000, p. 27)[116].

Segundo esse autor, a objetividade preconizada na pesquisa empírica clássica, seria substituída pela relatividade observacional, partindo-se do princípio de que a realidade não é fixa e o observador e seus instrumentos desempenham papel ativo na coleta, análise e interpretação dos dados, enfocando-se assim, o problema da objetividade de maneira diversa do positivismo. Ao associar à postura dialética, este tipo de metodologia, procura-se captar os fenômenos históricos, caracterizados pelo devir constante, privilegiando o conflito da realidade social. Desse modo, havendo, no relacionamento entre o pesquisador/observador e o pesquisado, mera observação do primeiro pelo segundo, ambos se identificam, sobretudo “quando os

objetivos são sujeitos sociais também, o que permite desfazer a ideia de objeto que caberia somente em ciências naturais”[116].

Durante o desenrolar da pesquisa, todo esse processo é ajustado continuamente. Na pesquisa-ação, destaca-se a ação/intervenção educativa, havendo o retorno dos resultados aos pesquisandos, concomitantemente à pesquisa[13,117]. Enquanto metodologia de cunho social, humanístico e educativo, a pesquisa-ação não estaria situada apenas nos limites de propor ações pontuais para transformar a realidade estudada, mas, sobretudo, considera todo o processo investigativo, problematizador e educativo, e visa a proporcionar o aumento do nível de conhecimento e da conscientização, além da auto-avaliação contínua, de todos os participantes, inclusive dos pesquisadores[13].

Segundo Abdalla (2005)[118], a pesquisa-ação seria um instrumento facilitador da compreensão da prática, sendo possível avaliá-la e questioná-la, de maneira a exigir, assim, formas de ação e tomada consciente de decisões[118].

Este tipo de metodologia, num movimento de expansão internacional, pode contribuir para o processo de transformação social, e portanto, segue na direção da concepção pós-moderna do referencial freireano, adotado neste estudo[119]. Pode ocorrer de diversas formas, como: melhorar a formação profissional, e consequentemente, propiciar serviços sociais, tais como educação, saúde, etc., de melhor qualidade; potencializar o controle desses profissionais sobre o conhecimento que norteiam seus trabalhos; exercer influências para possíveis mudanças institucionais como nas escolas, hospitais, etc.; contribuir para os processos democráticos e decentes nas sociedade[93,94].

A perspectiva de transformação social que a pesquisa-ação confere, pode contribuir para melhorias das relações na comunidade, bem como, de promover educação de alta qualidade e do repensar e refazer a escola como instituição. Nesse sentido, os professores e os formadores de professores podem assumir legitimidade e importância quanto ao controle de suas próprias práticas, ao invés de atores externos administrarem isso[93].

Fonte: elaboração própria.

Figura 3: Intersecção esquemática de temáticas estudadas, sob o referencial freireano e a pesquisa-ação.

Portanto, neste, 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. Assim, deve firmar-se como um ato político, uma proposta de atuação transformadora[31-33].

A presente pesquisa foi constituída por 2 fases: na primeira, foi feito o levantamento dos dados sócio-demográficos e do universo temático obtido, a partir das respostas dos entrevistados ao questionário proposto, o que permitiu elencar os temas geradores, chegando à análise da categorização. Na segunda fase, foi desenvolvida a ação educativa, e posteriormente, efetivou-se a avaliação do processo, conjuntamente, com os participantes.

4.3 Participantes e local da pesquisa

Convidamos para participar desta pesquisa, todos os 49 graduandos do 4º ano letivo do curso de Licenciatura com Bacharelado (noturno) em Enfermagem, de uma instituição de ensino superior em Enfermagem, situada numa cidade do interior paulista (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-EERP-USP), onde ocorreram as etapas da aplicação da pesquisa, em sala de aula reservada antecipadamente. Porém, somente integraram a presente pesquisa

aqueles alunos que quiseram, de livre e espontânea vontade, participar do estudo. Não ocorreu relação de autoridade, pois o convite para participar foi feito aos alunos em dia pré-estabelecido para a entrevista, combinado previamente, com eles.

Pontua-se, novamente, que a justificativa pela escolha desses participantes, especificamente, em sua caracterização e delimitação, garantiu os termos da pesquisa qualitativa, já que ela não utiliza dos mesmos parâmetros da pesquisa quantitativa, como a generalização dos resultados, a comparação, etc. Mas, pode ser analogicamente, aproveitada, nos termos dos conceitos e/ou teorias resultantes, a partir das características das pessoas-sujeitos do estudo[45].

Optamos em pesquisar os quartanistas, pois os quintanistas estão mais envolvidos praticamente, com os estágios e com a formatura, com tempo incipiente para participar como sujeitos da pesquisa. Assim, considerou-se que os participantes estão no estágio final da formação universitária, no qual, se concentram as disciplinas teóricas.

No último ano letivo, os alunos estão atuando predominantemente, no cenário prático – os estágios supervisionados, época em espera-se que todo o conhecimento teórico adquirido nos anos letivos anteriores promovam o desenvolvimento de competências formais para atuarem profissionalmente, em um futuro próximo, conforme dispõem as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem[83]. Destaca-se que o curso de licenciatura dessa universidade pública foi escolhido devido às interfaces da assistência, da gestão, do ensino e extensão, os quais demandam compreensão dos elementos culturais – dentre eles, colocamos a humanização e a espiritualidade, temática central desse estudo -, para aperfeiçoamento e consolidação do cuidado e do ensino na área da saúde [23,31].

Ainda, não se objetivou, no presente, investigar acerca do curso de Bacharelado (diurno), visto estar inserido em outra proposta curricular, sobre a qual, entendemos que demandaria outro estudo. Além do que, não há a pretensão de realizar a comparação dos cursos da instituição referida, com relação à temática investigada, conforme nos alerta Minayo (2010)[45] sobre a pesquisa qualitativa, mas sim, propor discussão acerca da temática no curso noturno de Licenciatura com Bacharelado.

Portanto, os critérios de inclusão foram: ser discente, em 2012, do 4º ano do curso noturno de Licenciatura com Bacharelado em Enfermagem da EERP-USP; aceitar participar da pesquisa e entregar assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); entregar as respostas do roteiro, em tempo hábil; participar das atividades educativas. Os critérios de exclusão, foram: discentes de outros anos letivos e do curso diurno de Bacharelado em Enfermagem, no ano de 2012; não entregar as respostas do roteiro; não participar das atividades educativas. Assim, o conjunto de participantes deste estudo constituiu-se de 09 discentes, que corresponderam aos critérios de seleção acima descritos.

4.4 Técnicas e instrumentos utilizados

Todas as etapas a seguir ocorreram em sala de aula da própria EERP-USP. Na 1ª etapa, utilizamos a observação participante, contando com um diário de campo, para registrar o local (ventilação, mobiliários) e os possíveis participantes deste estudo (participação nas aulas). Em nenhum momento foi anotado o nome de qualquer aluno, visando a não intimidar, prejudicar e/ou influenciar nenhum graduando.

Na 2ª etapa, foi utilizada uma entrevista com questionário auto-aplicável, com questões norteadoras, que constaram de duas partes no roteiro. A primeira, retratou as questões sócio-demográficas. A segunda parte, resgatou questões sobre a temática central deste estudo (APÊNDICE A).Aconteceu, aproximadamente, 10 minutos previamente às aulas, conforme combinado, antecipadamente, com os participantes, em sala de aula, e se estendeu por mais 10 minutos, sem a presença do professor, conforme combinado com ele.

Na 3ª etapa, posteriormente, que foi realizada em sala de aula da própria EERP-USP, em um encontro/círculo de discussão ou de cultura de, aproximadamente, 2 horas, e em contato por e-mail, foram elaboradas as ações educativas, tendo em vista serem extraídas após a análise das respostas, detectando os temas geradores que orientaram e nortearam as ações educativas, que foram discutidas com os participantes. Durante as quais, foi utilizado o diário de campo para registrar informações sobre essa etapa.

4.5 Análise dos dados e intervenções

A análise dos dados foi feita através da seleção das categorias, fundamentadas no universo teórico-metodológico de Paulo Freire, que foi composta por fases: no primeiro momento, a constituição do universo temático (colhido a partir da entrevista e da observação participante). Após, na organização do material da coleta de dados, seguido pela seleção e codificação de palavras e frases emitidas, da síntese das palavras e frases selecionadas, e a seguir, no elencamento dos temas geradores, que serviram como base para a elaboração do programa educativo.

No segundo momento, foram desenvolvidas, conjuntamente com os participantes, as atividades educativas, procurando elucidar a consciência emancipada a partir das atividades. Cabe enfatizar que conforme preconiza a pesquisa-ação, as ações educativas foram contratualizadas e se constituíram de dinâmicas, leitura de textos, por e-mail, e posterior construção de material educativo.

Em consonância com os pressupostos freireanos, a avaliação foi contínua, desde o início das discussões, quando se esperou evidenciar a adequação das ações propostas e implementadas no transcurso dos participantes. Assim, buscou-se ultrapassar uma avaliação pontual, pois foi feita avaliação somativa ou emancipatória de todos no processo de pesquisa, quando foram colhidas as impressões dos pesquisados, as quais permitem detectar o aspecto qualitativo e interacional dos participantes[13,116-120].

4.6 Considerações éticas

A pesquisa atendeu ao rigor científico e aos preceitos éticos exigidos pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com seres humanos (2012) e, apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição pesquisada[121]. Antes de iniciar o estudo, realizou-se um teste piloto, para testagem e validação do roteiro de entrevista, com 5 graduandos do 4º ano de enfermagem de uma instituição de nível superior, com a autorização por escrito da coordenadora do curso, utilizando o TCLE deste estudo, porém, foram desprezadas as respostas logo após serem elaboradas, constando como finalidade, apenas de elaboração do instrumento (o roteiro de entrevista).

Os participantes desta presente pesquisa, ao aceitarem participar desta investigação, assinaram o TCLE. Os benefícios deste estudo contaram com a possibilidade de reflexão sobre a temática em pauta, para prática profissional futura.

Quanto aos riscos, respeitou-se o sigilo e o direito dos participantes em interromperem a pesquisa caso sentissem necessidade ou constrangimento, informando-os de que não haveria prejuízo a eles e/ou à pesquisa. Não houve remuneração ou gastos, e portanto, só fizeram parte da pesquisa aqueles que quiseram participar.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

> Estudar exige disciplina. Estudar não é fácil, porque estudar pressupõe criar, recriar, e não apenas repetir o que os outros dizem. *Paulo Freire*

Durante o decorrer da pesquisa, a relação com os participantes foi intencionada de modo a ser participativa, vivenciando o cotidiano dos estudantes, no sentido de poder captar elementos da realidade. Esta interação pesquisador-pesquisandos, também teve a pretensão de ocorrer de forma horizontalizada, não imposta, democrática, dialógica e reflexiva, conforme nos propõe Paulo Freire acerca da compreensão do nosso semelhante, ao considerar as diversas dimensões do meio onde vive ou está inserido.

Importante explicar a denominação *pesquisandos*, utilizada neste, quando referimos aos participantes. Fundamentada em Freire (2008)[31], a partir do que o autor denomina *educando*, o termo *pesquisando* foi adaptado por Bueno (2009)[13], enquanto um tempo do verbo/substantivo que está sendo, um processo de ensino-aprendizagem; pois nele, educador e educandos, pesquisador e pesquisandos, ensinam e aprendem num movimento contínuo e inacabado[4,13,31].

Procuramos também, a articulação complexa entre os achados da realidade, sempre considerando o ser humano imerso nela, para com a literatura científica. Dessa maneira, tivemos o cuidado e a pretensão de não nos colocarmos no caminho do reducionismo, ou dos dados falarem por si, pois consideramos que poderíamos nesse caso, certamente enviesar esta pesquisa qualitativa, ou tornar a realidade como um contexto causa-efeito, baseado em hipótese-indução-dedução, estático, sem modulações humanas que a compõe, sem a dinamicidade e historicidade da vida e do mundo[13,31-33].Tentamos refletir e conscienciosamente, abarcar o contexto, além de, paralelamente, analisar a realidade, resgatando o exercício da crítica frente às informações que a literatura científica traz.

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

A seguir, apresentaremos algumas informações sócio-demográficas referentes aos nossos participantes.

Após, apontaremos algumas discussões referentes às categorizações apreendidas nesta pesquisa (as respostas de cada participante encontram-se no Apêndice C).

5.1 Dados de identificação dos participantes do estudo

Partici-pantes (P)	Sexo		Idade (anos)		Estado civil	Escolaridade	Religião	Ocupação/Profissão
	F	M	21 ≤ 30	31 ≤ 40	S			
A	-	X	X	-	X	SI	católica	E
B	-	X	X	-	X	SI	católica	E
C	X	-	X	-	X	SI	católica	E
D	X		X	-	X	SI	protestante	E/Op. de caixa
E	X	-	X	-	X	SI	Não possui	E
F	X	-	X	-	X	SI	espírita	E
G	X	-	X	-	X	SI	católica	E
H	X	-	-	X	X	SI	umbandista	E/TE
I	-	X	X	-	X	SI	espírita	E

Legendas: sexo: masculino (M), feminino (F); estado civil: solteiro (S), casado (C); escolaridade: Superior (S), Superior Incompleto (SI); religião: católica, espírita, outras; ocupação/profissão: Técnico de Enfermagem (TE), Estudante (E).

Quadro 1: Representação dos dados de identificação dos graduandos pesquisados segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião e ocupação/profissão

Os nove (9) participantes são identificados com a letra (P) seguido das outras letras (A,B,C, etc), atendendo à confidencialidade e anonimato.

De forma a captar a realidade e historicidade dos participantes, conforme prerroga os preceitos teóricos de Freire (2008)[31], identificamos os dados de apresentação, inclusive sobre religião, pois podemos analisar os significados apreendidos sobre a temática central, segundo a experiência pessoal e acadêmica dos participantes[31-33].

Neste estudo, a maioria se constituiu de mulheres (6, ou 67%), com idade entre 21 e 30 anos (8, ou 89%), todos solteiros, com nível de escolaridade: superior incompleto. Em ordem decrescente, aparece a religião católica (4, ou 45%), a seguir a espírita (3, ou 34%), um é protestante e um não possui religião. A maioria dos

participantes tem como ocupação ser estudante. Comenta-se, principalmente a respeito da religião dos participantes (somente um não possui religião), sobre o caráter idiográfico de nossa pesquisa, pois objetivamos estudar o fenômeno/temática (da humanização e espiritualidade na formação e assistência de enfermagem) sob um contexto específico, sendo que, conforme descrito anteriormente, não sendo de caráter nomotético, não temos o objetivo de apreender leis gerais/generalizar resultados, mas sim, de estudar, segundo um contexto particular desses participantes.

Agora, passaremos a apresentar os quadros seguidos das categorizações de cada questão elaborada, identificados nos temas geradores, complementados pela observação participante.

5.2 Sobre a observação participante e os temas geradores

> Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina. *Cora Coralina*

Observou-se certo cansaço e muitas atribulações dos graduandos, devido ao momento de final do ano letivo, diversos trabalhos a serem entregues e muitas provas, além de estágio prático curricular acontecendo.

As classes da instituição dispõem de amplos espaços para acomodação, boa iluminação, cadeiras acolchoadas, além de aparelhos de multimídia em bom estado, e ar condicionado em todas as salas. Também, há outras salas disponíveis para trabalhos paralelos às aulas, para serem utilizadas pelos grupos.

5.3 Categorizações originadas das respostas dos participantes

> A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento. Não na vitória propriamente dita. *Gandhi*

As respostas individualizadas para cada questão, constam no Apêndice C.

Para análise e discussão dos resultados, devemos considerar que, no momento de ocorrência deste estudo, os participantes estavam no penúltimo ano letivo da graduação. Sendo assim, talvez, esperar-se-ia que o discurso voltado às definições dos conceitos e situações questionadas, mostrasse-nos um embasamento puramente situado no paradigma científico atual/pós-moderno/contemporâneo. Entretanto, qual foi nossa surpresa. Deparamo-nos com

respostas adversas a esse que poderia ser considerado/esperado como um padrão às definições, as quais, contidas nas falas de um mesmo participante, conforme poderá se observar, remetem a outros paradigmas anteriores (medieval – pontuado até por volta de antes do século XVII; e moderno – a partir desse século, até os dias atuais, quando alguns autores defendem que, a partir do século XX, vivemos numa fase de transição para o paradigma pós-moderno, permeados pelos paradigmas religioso e mítico do conhecimento, que persistem até os dias de hoje)[43-45].

Ora, sobre isso, Kuhn (2001)[44], ao discorrer sobre a História da Ciência, sugere que os paradigmas científicos universalmente aceitos constituem-se de leis, teorias, aplicações e instrumentações, dos quais originam-se modelos conduzentes às tradições coerentes e específicas da pesquisa. Assim, os paradigmas partilham de duas características essenciais, as quais servem para definir problemas e métodos legítimos de um campo de pesquisa para posteriores praticantes da ciência. Uma realização científica: a) precisa ser suficientemente original (sem precedentes) para atrair um grupo duradouro de partidários, afastando-os de outras formas de atividade científica dissimilares, e b) simultaneamente, é suficientemente aberta para deixar todos os problemas para serem resolvidos pelo novo grupo de praticantes dessa ciência[44].

Assim, o autor discute os pontos de crises na história, os quais desencadeiam as revoluções científicas, ou seja, quando surge um novo paradigma capaz de atrair a maioria dos praticantes da ciência da geração seguinte, e dessa maneira, as escolas/teorias mais antigas começam a desaparecer gradativamente[44]. De posse dessas considerações, queremos mostrar não que a presente pesquisa esteja ocasionando uma revolução científica, mas longe disso, de reafirmar mais uma vez que estamos voltados aos referenciais teórico-epistemológicos aos quais ela se baseia, ao trazer contextos da realidade, sugerindo a temática do estudo, à luz de discussão e problematização[4,13,31]. A partir disso, consideramos científica a busca e o processo dessa busca pela verdade (inacabada) a partir das concepções e vivências do grupo participante. E, para além, a partir dos achados, pretendemos ter instrumentos que possam subsidiar reflexões, mudanças e melhorias na formação de enfermeiros, na direção da humanização em saúde, enquanto objetivo e foco do nosso trabalho.

Lançamos mão, evidentemente, da utilização dos conhecimentos de Kuhn (2001)[44] na análise das concepções dos participantes[44]. Entretanto, não vamos nos aprofundar nas representações sociais desses sujeitos, pois entendemos que demandaria outro estudo, com uso de outras linhas epistemológicas que o fundamentasse. Assim, nas categorizações dos resultados, ancoramo-nos em literaturas científicas atualizadas sobre os assuntos abordados, sendo que tal procedimento encontra-se presente nos referenciais teórico-metodológicos adotados neste estudo[13,31,105,117]. A seguir, apresentaremos os resultados e discussões.

As categorizações originadas das respostas dos participantes sobre o significado de ser enfermeiro e ser enfermeiro educador/professor, seguem:

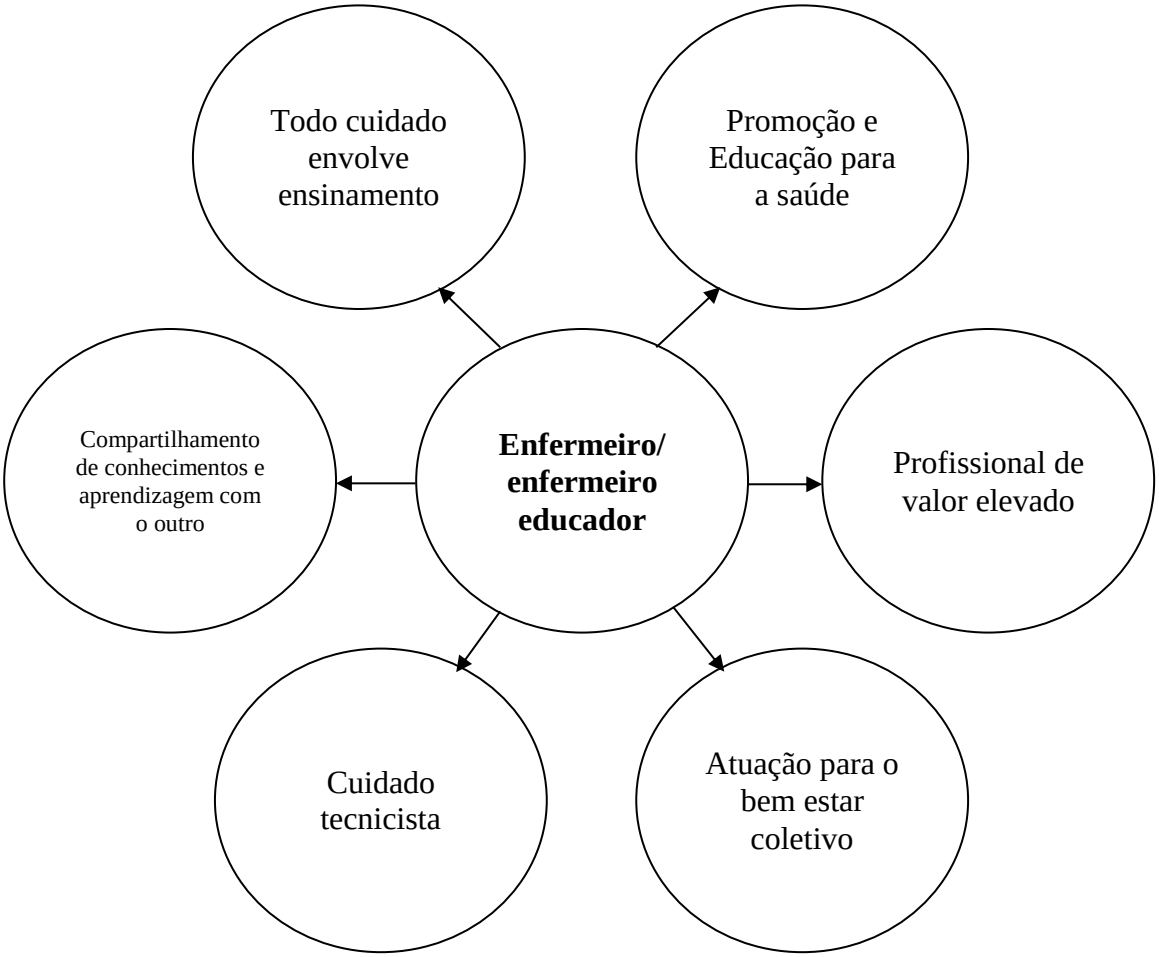


Figura 4: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento do que é ser enfermeiro/enfermeiro educador.

a)Todo cuidado envolve ensinamento

(...) é você além de cuidar "da saúde", você cuidar do ensinamento, é cuidar ensinando.(PA) / É aquele que compartilha seus conhecimentos, de modo a estar aberto a aprender e apreender com o outro, pensando sempre numa perspectiva dialógica.(PB) / O enfermeiro por essência, já é um educador. Já o enfermeiro educador/professor tem habilidades adicionais que o faz saber trabalhar em diversas áreas, como na educação básica e educação profissional.(PC) / O enfermeiro educador/professor é um profissional que possibilita, através de sua formação, a melhoria da aprendizagem dos futuros profissionais de saúde através de sua base pedagógica e de sua vivência como profissional da saúde. (PE) / Ser enfermeiro é cuidar da saúde da população e não está desvinculado de ser enfermeiro educador, pois todo enfermeiro é um educador(...) O enfermeiro professor atua na formação de profissionais da saúde (PG) / (...) o enfermeiro educador, é aquele que aceitou e vivenciou em sua formação a função de educar, ou seja transpondo o cuidar, pautando seu trabalho em uma construção de uma sociedade melhor a cada dia.(PI)

Diante do exposto, verificou-se a presença marcante do cuidado enquanto prestação da assistência, relação próxima com o outro[50]. Destaca-se que a função educativa, voltada para a formação de recursos humanos, encontra-se presente nas falas dos participantes. Está também, estreitamente, relacionada à promoção de saúde, sendo que a Educação para a Saúde instrumentaliza a busca pela saúde[13]. Dessa forma, entende-se que os participantes associam as práticas do cuidar e do ensinar como estando intrinsecamente ligadas, não somente na formação de pessoas, mas também na assistência[7,40].

Quanto aos paradigmas, observa-se a presença do científico e do pedagógico em todas as falas dos participantes descritos.

b)Compartilhar conhecimentos/aprender com o outro

É aquele que compartilha seus conhecimentos, de modo a estar aberto a aprender e apreender com o outro, pensando sempre numa perspectiva dialógica, horizontalizada.(PB)

A fala deste único participante, denota o aspecto de troca de conhecimentos e de experiências, entre cuidador e pessoa cuidada, de forma dialógica e horizontalizada, indo contra os paradigmas tradicionais de educação, conforme nos coloca Freire (1999)[32]. Ou seja, o enfermeiro é o sujeito que tem conhecimentos técnicos e científicos, que por vez, deve dar lugar a experienciar a realidade do

sujeito assistido, ouví-lo e compreendê-lo nas suas crenças[40]. Percebe-se o paradigma científico nesta resposta.

c) Promoção de saúde, educação para a saúde

Ser enfermeiro educador é trabalhar com prevenção e agravos, é educar para a saúde, para o auto-cuidado, é também preparar colaboradores para essa empreitada.(PD) / (...) é promoção de saúde, realizada pela educação em saúde desenvolvida com o público atendido.(PE) / (...) realiza educação em saúde, além de atuar na prevenção de doenças. (PG) /Bem, baseado na ideia de que o enfermeiro é um agente de promoção de saúde, é essencial que este tenha em sua essência a função educadora.(PI)

Nas apreensões das respostas dos participantes, esses associam a promoção da saúde ao educar para a saúde, compreendendo que para haver saúde, deve haver entendimento de todo um contexto de vida, que envolve além dos hábitos (alimentação, exercícios, etc), mas também, o empoderamento dessa ferramenta pelos seres assistidos[26]. Verifica-se o paradigma científico, e ainda, na resposta de PD, "é também preparar colaboradores para essa empreitada", bem como na resposta de PE, o paradigma pedagógico se faz presente.

d) Profissão de valor elevado

Ser enfermeiro educador é uma dificuldade maior ainda, pois une o enfermeiro que necessita ser uma pessoa humana com o professor que é outra profissão que traz consigo um valor muito grande agregado.(PF)

A fala deste participante denota o sentido de humanização, pois ele coloca a questão do cuidar, que tem como objeto de trabalho o outro ser humano, e a questão do ensinar, elevando ainda mais a profissão, pois é direcionada a um ser humano e à saúde dele[88]. Ao referir a "um valor muito grande agregado", o participante remete ao paradigma medieval/mítico, pois é feito um juízo de valor relacionado à profissão.

e) Atuar para o bem estar coletivo

Ser enfermeiro (...) é um dom, a gente tem que gostar do que faz, pois é um trabalho que necessita de atenção, compreensão, carinho, e acima de tudo respeito ao próximo.(PF)

/ (...) é atuar para o bem estar físico, psíquico e social do indivíduo, ser enfermeiro educador possibilita o contato próximo com o indivíduo, podendo agir diretamente na formação para o bem coletivo.(PH) /(...)os enfermeiros que têm em sua formação noções do que é educar passam a entender melhor as propostas de melhorias dos sistemas de saúde com vistas aos princípios do SUS.(PI)

Novamente, desponta-se a apreensão da relação/binômio cuidar e ensinar, voltado para a coletividade, em saúde, indo contra os pressupostos da APS, focando-se na assistência enquanto voltada à doença[122]. Observamos que essas funções (cuidar e ensinar) transpassam as áreas de atuação divididas no nosso sistema de saúde, que porém, são interligadas e fazem parte da complexidade humana, são elas: a Saúde Pública/Coletiva e a Saúde Mental[33,47,122]. Observa-se a presença do paradigma científico em PH e PI, e em PF, verifica-se o paradigma medieval/religioso e mítico.

f) Cuidado tecnicista

O enfermeiro, no meu ponto de vista é aquele que recebeu uma formação mais "técnica" voltada para um cuidado procedimental(...) (PI)

Este participante, além de associar a competência da educação e da assistência, faz um alerta sobre a formação, que pode ser mais técnica, o que pode marginalizar a questão da humanização[9,10]. O enfermeiro é, pois, agente de transformação social, e necessita possuir entrelaçadas, as diversas competências que competem a ele, de forma articulada, com vistas à assistência mais humanizada.

Na resposta deste participante, observa-se o pensamento a partir do paradigma científico moderno, estando presente o técnico/procedimento enquanto caráter de ciência natural, em contraposição a uma ciência humana/social.

No contexto geral das respostas a esta questão, apesar de na maioria, estar enquadrada como científica, o cuidado foi visto sob um prisma assistencialista, e a educação (voltada para a saúde), sob um ponto de vista de promoção de saúde para o social, o coletivo. Assim, sob a ótica desses participantes, predomina o modelo assistencialista em saúde, quando eles dissociam a função educativa da cuidadora do profissional enfermeiro, sendo o enfermeiro como aquele enquadrado num

modelo curativo, e o enfermeiro educador, como aquele que ensina e promove saúde[40,69,122].

As categorizações sobre o significado de ser paciente são as seguintes:

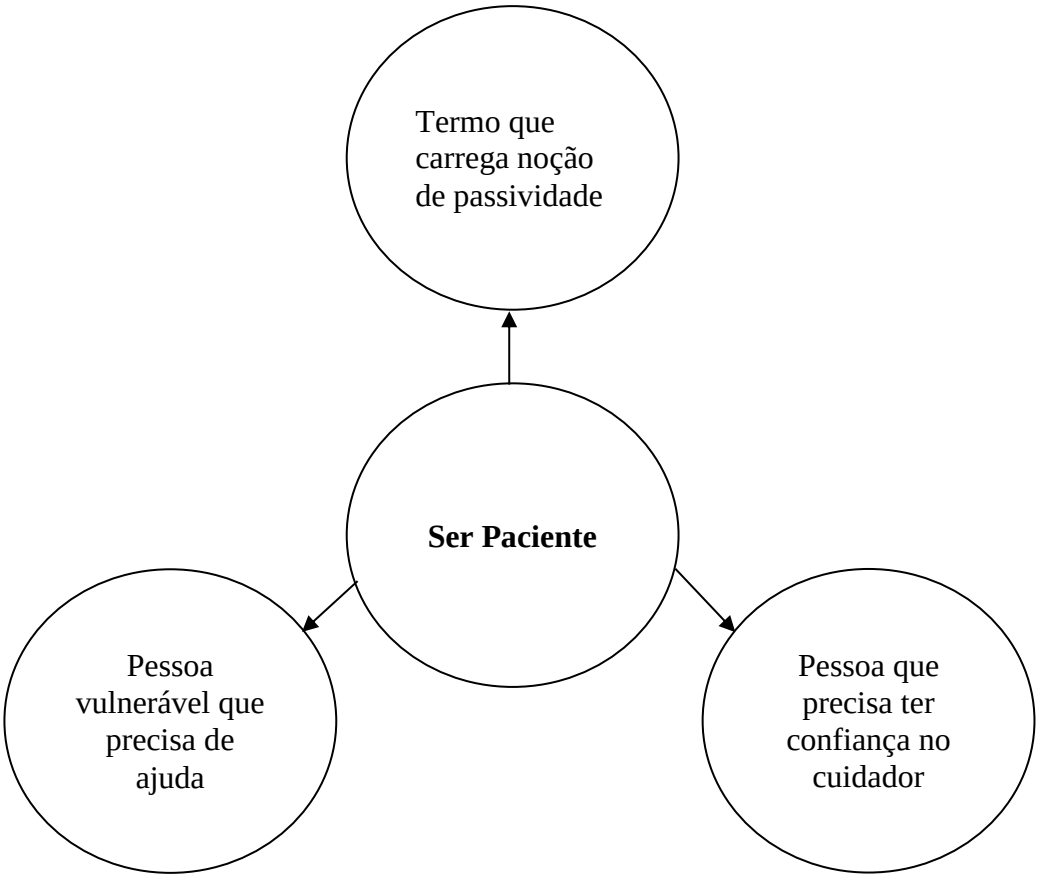


Figura 5: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento do que é ser paciente.

a) Pessoa que precisa de ajuda em saúde/ que está em situação vulnerável

Paciente(...) é a pessoa que recorre a nós em momentos bons e ruins da vida dela, é a pessoa que quer um tratamento para algo que não a deixa bem, ou quer saber algo sobre sua saúde. (PA) / (...) é aquela pessoa que necessita de cuidados, podendo ser nos âmbitos social, biológico, espiritual, entre outros.(PC) / (...) é alguém que precisa de cuidados, cuidados no sentido amplo da palavra, cuidados com a saúde, com o psicológico, cuidados no ato de educar para a saúde.(PD) / (...) é um ser humano que necessita de cuidados

especiais naquele determinado momento.(PF) / (...) é uma pessoa que não possui saúde, isto é, algum determinante da sua saúde esta prejudicado; seja seu corpo físico, mental/psíquico ou social (lazer, habitação, trabalho, etc), que assim precisa de atenção e assistência.PG / (...) é um indivíduo que está em situação vulnerável e necessita de cuidados para o restabelecimento de suas funções físicas, sociaisou psíquicas.(PH)

Nota-se que, de acordo com as falas expressas pelos participantes da presente pesquisa e, em relação às considerações feitas por eles, em sua maioria, foca a pessoa em situação vulnerável, que necessita de cuidados muitas vezes, curativos. Ou seja, percebe-se que eles referiram-se à questão da promoção e proteção da saúde no que diz respeito à definição de 'paciente'. De forma geral, o modelo de assistência/cuidado em saúde, ainda hoje, é marcado por paradigma científico moderno, o que em saúde, seria o tradicional assistencialista, que foca a cura de doenças[39,40].

b) Termo que carrega noção de passividade, submissão

Historicamente, o termo paciente carrega significados negativos, no qual seria uma pessoa num estado inferior a outra pessoa, estado esse biológico, psicológico ou social, colocando-o numa posição muitas das vezes, de submissão.(PB) / Paciente é aquele que fica esperando alguma coisa acontecer (...). Assim, podemos ter paciente como aquele cliente que é submetido por uma equipe e que fica dependente desta, não participando do processo em que deveria ser o protagonista.(PI)

A questão da submissão traz à tona os preceitos teóricos de Freire (1996), os quais consideram as relações de opressão na sociedade[32]. Neste caso, em saúde, denota-se uma relação de tensão entre cuidador e ser assistido, a qual ainda, pode resultar em desumanização, voltando-se aos paradigmas tradicionais de modelo de atenção/assistência[31-33].

c) Pessoa que precisa ter confiança no cuidador

Ser um paciente é passar por um momento difícil, independente do motivo, pois há algo que não podemos resolver sozinhos e devemos confiar a outros nosso cuidado, o que nem sempre é feito da maneira mais adequada.(PE)

Aqui, mais uma vez, torna-se visível a relação opressor-oprimido[31], e as relações tensionais entre as pessoas envolvidas no cuidado em saúde: o ser assistido *deve* confiar no cuidador, e nem sempre a assistência se dá de forma adequada, devendo-se investigar os motivos dessa inadequação[29]. Nesta resposta, o participante carrega uma noção/paradigma de senso comum, além do assistencialismo a uma doença ("momento difícil").

A seguir, as categorizações sobre o entendimento da espiritualidade:

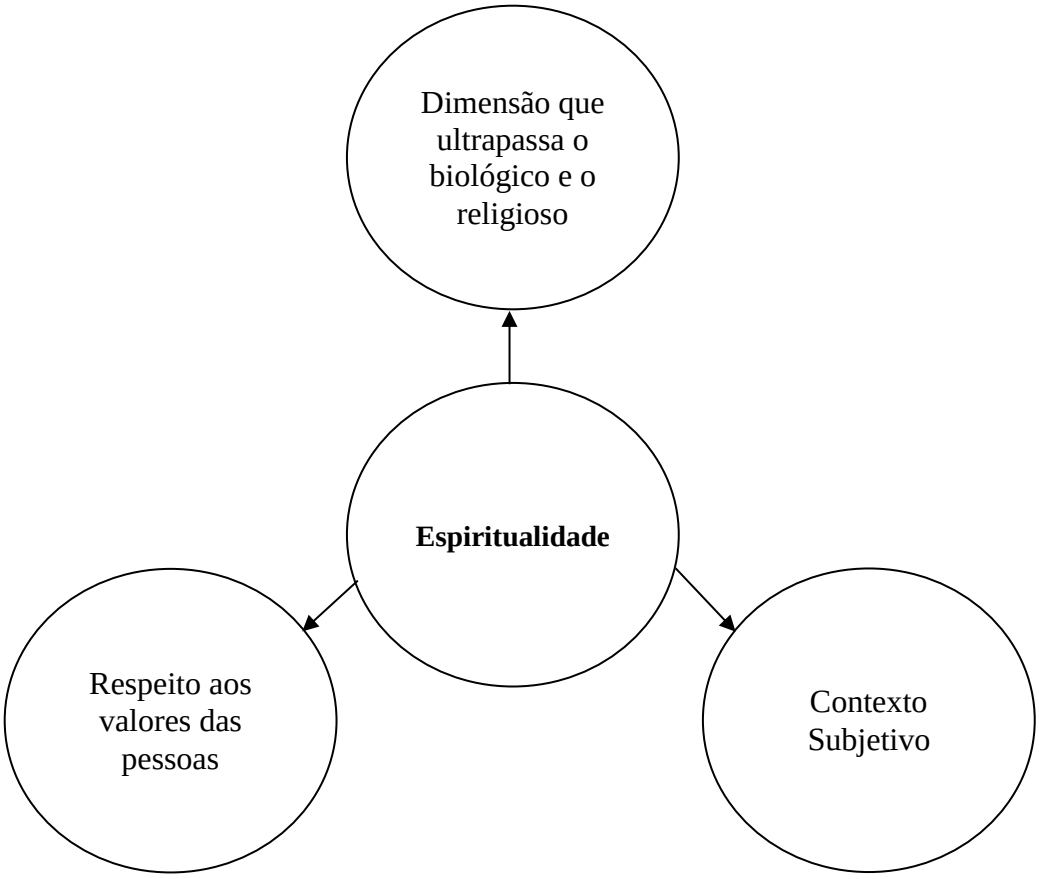


Figura 6: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento da espiritualidade.

a) Crença em algo que rege a vida/vai além do biológico e do religioso

Espiritualidade é você acreditar em algo superior a nossa existência, algo que rege sua vida sem você a ver.(PA) / (...) é acreditar que existe algo além do biológico.(PC) / (...) é a crença pessoal, é a sintonia do ser consigo e com seu "deus", sua fé.(PD) / (...) é um conjunto de fatores que envolve o bem estar psicológico, a crença em algo que não necessariamente está ligado à religião e também a um estado de tranquilidade interior que

colabora para o enfrentamento de alguma situação.(PE) / (...) é estar bem ou mal consigo e com os outros, sentir o que pensa, o que gosta e o que quer.(PG) / È acreditar e vivenciar um poder superior que sustenta e equilibra o viver.(PH) / (...) é aquilo que nos move, que deixa nosso corpo funcionar, que nos permite participar da vida e interagir nela. É aquilo que está além do físico, do mental e do psicológico – é um elo entre estas três dimensões que permite a dinamicidade da existência de cada ser.(PI)

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998)[65] traz as interfaces entre a espiritualidade e os sentidos de existência das pessoas, podendo-se aprofundar os aspectos de contexto de vida, com a Educação para a Saúde e a promoção de saúde, sendo que a espiritualidade seria um potencial instrumento para facilitar esse processo[65]. Notamos, portanto, que a grande maioria dos participantes consegue assimilar a definição de espiritualidade, enquanto religião, como explicaremos a seguir.

O paradigma científico moderno parece estar presente em todas as respostas, porém nota-se a predominância do paradigma medieval/religioso ou mítico em PA, PD, PH e PI. Observa-se o paradigma científico pós-moderno, e não ligado à religião, em PE, valendo lembrar que este participante não possui religião.

b) *Contexto de vida positivo ou negativo*

Espiritualidade é um estado, uma condição subjetiva do ser que, a depender do contexto da pessoa, pode se apresentar de forma positiva ou negativa.(PB)

Nesta fala, apreendemos que a espiritualidade é um estado que pode se manifestar na vida das pessoas de forma positiva ou negativa, de acordo com as crenças e o contexto de vida[65,123]. Portanto, apreende-se o paradigma científico pós-moderno nesta resposta.

c) Respeito aos valores de cada um

Espiritualidade é você trabalhar junto a crença do paciente, você respeitar os seus valores, e não querer impor os nossos valores agregados a ele.(PF)

Verificamos que na situação de cuidado, há a relação entre o cuidador e a pessoa assistida, sendo que o participante relata que não deve haver imposição de

valores por parte do profissional. Essa afirmação converge para os preceitos teóricos de humanização em Freire (1996)[32]. O paradigma científico de caráter pedagógico é o predominante nesta resposta.

Portanto, sobre a espiritualidade, o paradigma religioso predominou. Ressalte-se que, neste grupo, somente um participante não possui religião, fato que pode explicar essa conclusão.

Relativas ao entendimento da humanização, as categorizações são as seguintes:

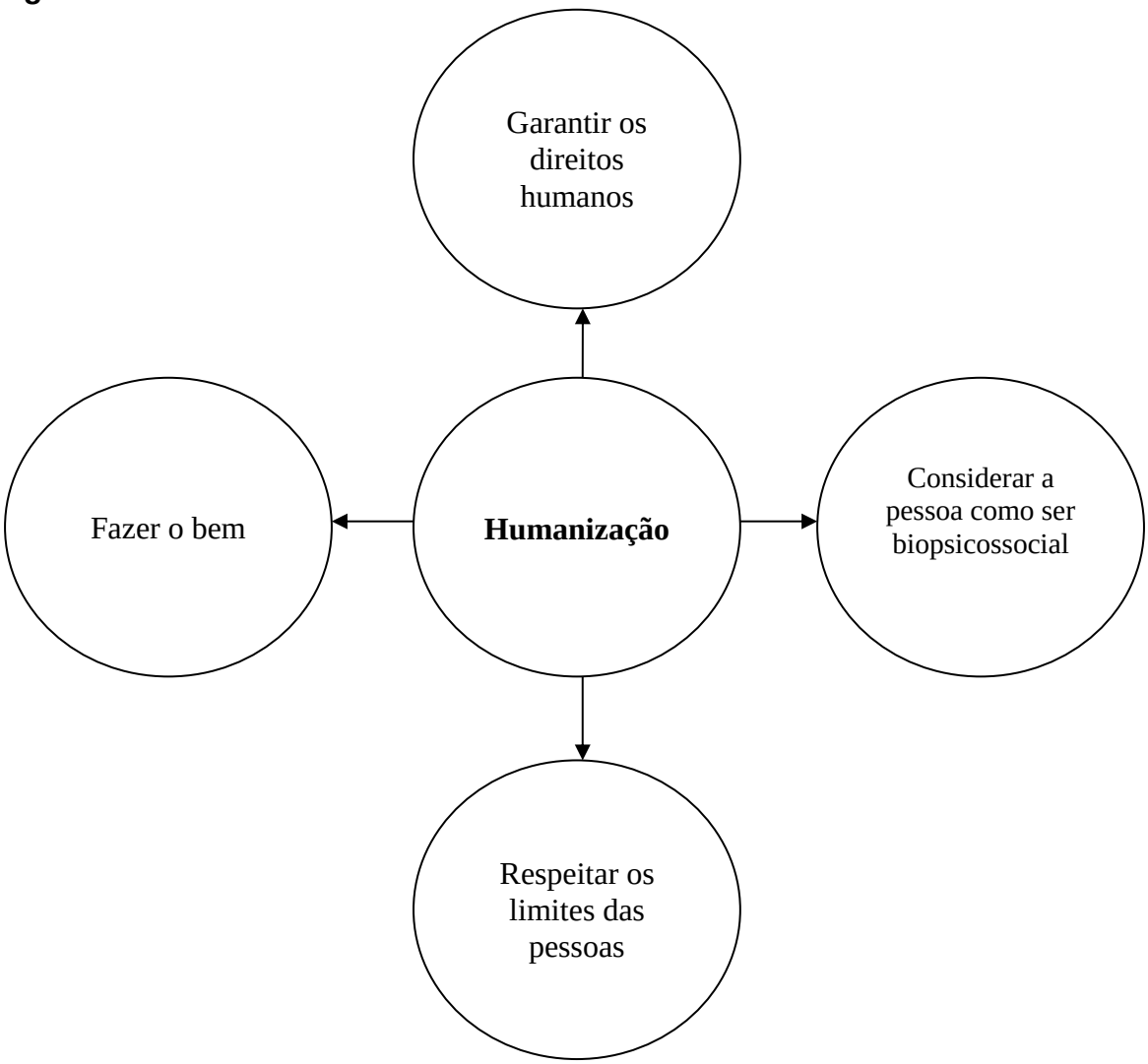


Figura 7: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento da humanização.

a) *Fazer o bem*

Humanização é você fazer o bem a qualquer pessoa independente de quem seja e de como ela é.(PA)

De acordo com a Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2004)[3], o significado de humanização não deve estar atrelado ao significado caritativo das ações em saúde, nem tão puramente associado ao sentido de tratar bem as pessoas. Denota-se esse entendimento na expressão "você fazer o bem", como um paradigma medieval/mítico ou mesmo religioso[3]. O que, em termos, justifica-se inclusive pela história da enfermagem enquanto profissão, permeada pela influência da religião. Entretanto, denota-se o sentimento, respeito e solidariedade com as diferenças entre profissional e a pessoa assistida, convergente para o paradigma científico pós-moderno.

b) Garantia de direitos humanos

Humanização é tratar o outro de forma a garantir todos os direitos que um ser humano tem.(PB)

A fala do participante converge para a humanização em saúde, garantindo a liberdade de ir e vir das pessoas e de suas escolhas, de acordo com as determinadas formas e contexto de vida[70]. Esta resposta reflete o paradigma científico pós-moderno.

c) Consideração da pessoa enquanto ser biopsicossocial

Humanização é tratar as pessoas sabendo que são seres biopsicossociais.(PC)

Aqui, o participante transparece as múltiplas dimensões que compõem o ser humano, devendo considerá-las, de forma integral, na assistência em saúde[5,39]. Remetendo ao paradigma científico pós-moderno.

d) Respeito, não ultrapassando os limites da pessoa

Humanização é sobretudo o tratamento de forma respeitosa.(PB) / (...) é o ato de ter um olhar individual para cada pessoa e entender que cada pessoa tem sua necessidade e características próprias.(PD) / (...) refere-se ao atendimento do indivíduo como único, com suas particularidades e contexto de vida.(PE) / (...) é você atender o paciente com a melhor

arma que possa existir, o respeito. (...) é tratar o próximo com respeito, atenção e tentar fazer o que consideramos de melhor, sem ultrapassar os valores da família e do próprio paciente.(PF) / (...) é ter respeito e fazer o melhor possível para o outro, pensando nos seus sentimentos, no indivíduo e nas pessoas envolvidas em tal situação; não os prejudicando e não os fazendo sofrer.PG

Disto, depreendemos as relações intrínsecas entre humanização e espiritualidade, sendo convergentes e similares. Considerar o outro de forma horizontal e dialógica pode ser um caminho, colocado pelos participantes, para a assistência humanizada, respeitosa e solidária[3-5].

Além dos conceitos (espiritualidade e humanização) serem próximos em suas definições, descrito no início deste trabalho, conforme analisado, as respostas dos participantes também ocorreram de forma análoga. Porém, pudemos verificar, que não foi feita ou pelo menos, não ficou clara a associação da espiritualidade com a humanização, pois não foi ressaltado por eles a convergência dos dois temas.

Sobre a existência da espiritualidade na assistência de enfermagem, apreendemos:

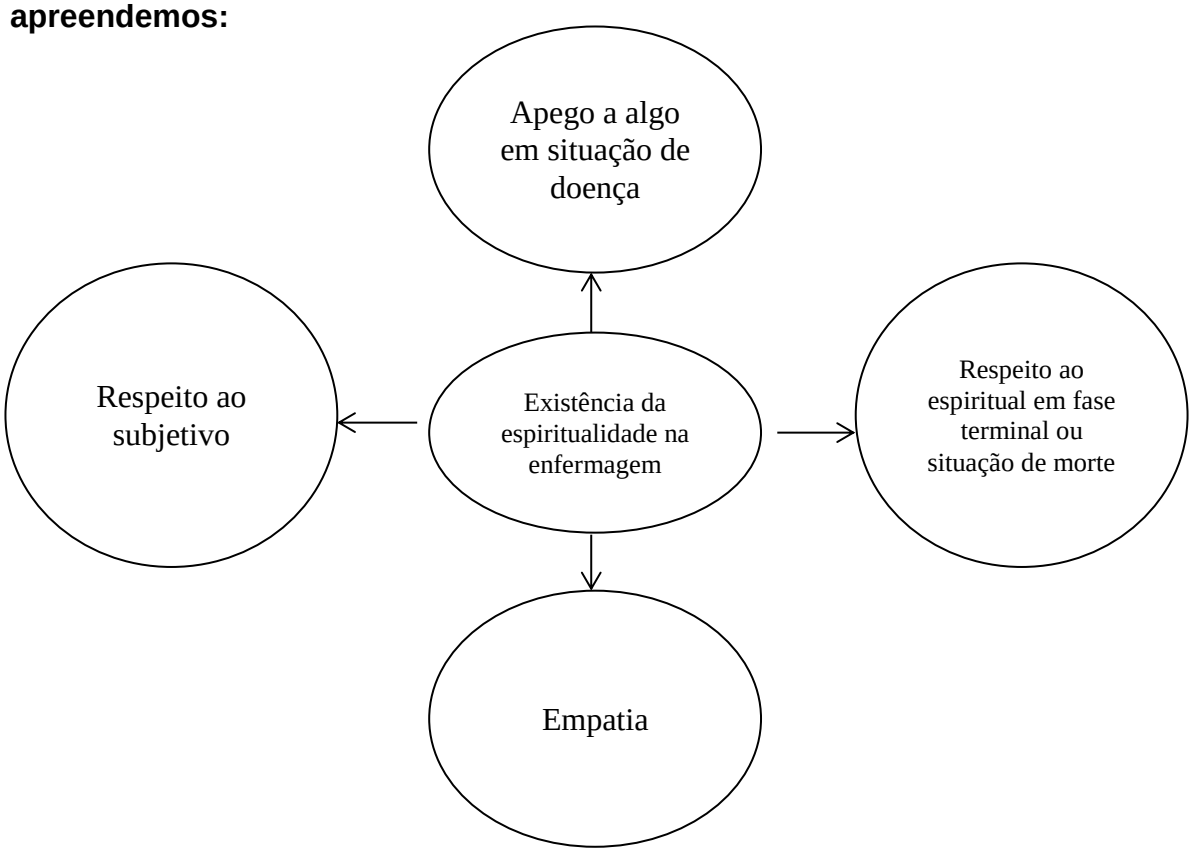


Figura 8: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento da existência da espiritualidade na enfermagem.

a) *Apego a algo em situações de doença*

Muitos se apegam a ela para se tratarem de uma doença. Ou em outras situações como cirurgias e exames. (PA) / Acredito que em situações onde o prognóstico de um determinado paciente não é muito bom, e mesmo assim ele acredita na melhora de suas condições (PB)

Verifica-se, nestas respostas, a marca do modelo tradicional de assistência, voltado para a doença[65,67,72]. Está presente o paradigma científico moderno, no sentido de que o discurso está ancorado no tradicionalismo do cuidado de enfermagem.

b) *Respeito ao espiritual em fase terminal ou situações de morte*

Quando o paciente está em fase terminal (...) (PC) / Acredito que a principal situação em que a enfermagem trabalha com a espiritualidade, é quando se trata da morte. Nós somos seres humanos que queremos viver, ninguém se cuida porque quer morrer, eu acho que no momento que a morte fica próxima, todos nós lembramos de Deus, que ele existe, ou não, mesmo que seja para brigarmos com ele, lembramos que ele existe. A família do paciente também costuma se apegar muito as crenças religiosas no momento da morte. (PF) / Uma situação em que ocorre muito isso é na morte, pensamos na pessoa não só como um corpo, mas sim como um espírito que irá para algum lugar.(PG)

A espiritualidade é uma tendência dos discursos governamentais no que diz respeito aos cuidados na terminalidade da vida e nos cuidados paliativos, no sentido de que, deve haver uma ressignificação da assistência, priorizando o bem estar e a qualidade de vida da pessoa que está doente[18,65,123,124]. Observa-se a presença do paradigma religioso em PF e PG, e do paradigma científico moderno em PC.

c) *Existência ou não no cuidado, a depender do respeito ao subjetivo*

Penso que cada um carrega sua espiritualidade. Ela pode ou não existir na enfermagem dependendo do profissional que atua. (PD) / A espiritualidade existe na assistência de enfermagem mas acredito que perde um pouco da atenção por causa do atendimento que visa o que é mecânico e às vezes menospreza o subjetivo. (PE) /

Infelizmente, não acredito que se considere a espiritualidade no cuidar, a não ser uma espiritualidade entendida simplesmente como religião, assim como o catolicismo etc. (PI)

Três participantes, compartilham do paradigma científico. Chamam a atenção para o que pode não estar acontecendo, ou seja, o cuidado de enfermagem pode estar sendo omisso com relação à espiritualidade[65,123]. Em PD, afirma certa arbitrariedade ou mesmo dificuldade do profissional em prestar a assistência espiritual; PE – ressalte-se novamente que este participante não possui religião – afirma que a espiritualidade existe, porém é negligenciada devido ao cuidado ser baseado no biologicismo e no tecnicismo, não focando as subjetividades do paciente, sendo que, assim esta afirmação converge também para o sentido de humanização; já PI, considera que a assistência espiritual, quando prestada, pode estar sendo entendido como religião, e todas essas afirmativas estão demonstradas na literatura[31,65,78,82].

d) *Espiritualidade é empatia*

Acredito que a espiritualidade está relacionada com empatia, assim quando nos colocamos no lugar do outro, acabamos vendo e até sentindo o que a pessoa está passando.(PG) / às vezes o profissional de enfermagem identifica a necessidade de falar com o paciente.(PH)

Colocar-se no lugar do outro é uma prática presente no cuidado de enfermagem, não que se consiga atingir e obter totalmente as necessidades do outro, porém, configura-se como um exercício de se humanizar a assistência prestada[18,68]. Observa-se o paradigma científico pós-moderno, no sentido de inserção da espiritualidade na assistência, não somente em situação tradicional de doença, mas como ferramenta da humanização do cuidado.

Sobre esta questão, enfatizamos que o entendimento dos participantes é direcionada para a presença, ou existência da espiritualidade na vida das pessoas, mas em situações vulneráveis da saúde, como a doença, a cirurgia, a fase terminal de uma doença e morte, e apenas duas respostas envolveram a espiritualidade presente no diálogo com o paciente. Vasconcelos (2006)[55] discorre sobre a espiritualidade no trabalho em saúde, apontando que pode estar presente não

somente nas situações acima citadas, porém, pode corroborar com ações de promoção da saúde e de assistência integral ao ser humano[55].

Depreendemos que, de modo geral, nestas respostas, o pensamento destes participantes segue em direção contrária às DCNs e aos princípios da APS, pois, apesar de a espiritualidade também poder estar presente nas situações de doença, terminalidade da vida e cirurgia; ela deve e pode estar presente na outra face da moeda, ou seja, na proteção, promoção da saúde e prevenção de doenças[65,72,96].

Sobre como agir com o paciente e família, em situação de doença, sofrimento e iminência de morte do paciente:

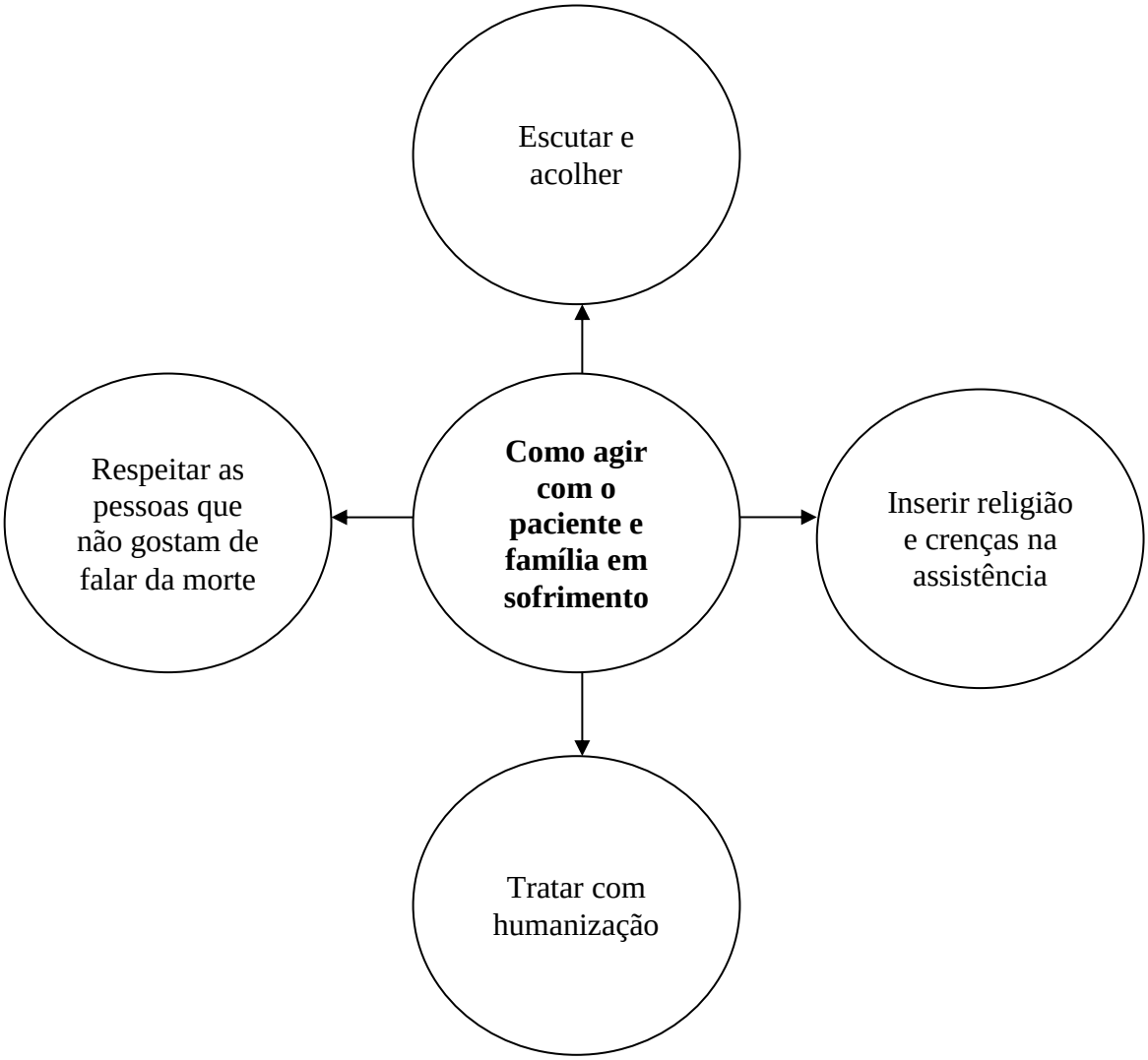


Figura 9: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento de como agir com o paciente e família.

a) *Escutar e acolher*

Conversaria com ele e explicaria toda a situação existente e tudo que poderia acontecer, seria bem claro, mas não o deixaria passar por isso sozinho. Daria todo o apoio necessário antes, durante e após essa fase de sua vida. (PA) / Ouviria o paciente e família, tentando proporcionar 'conforto', sendo sincera sobre o estado do paciente e tentando mostrar uma situação de enfrentamento. (PE) / Primeiramente eu tentaria ouvi-los, não sou eu nesse momento que preciso desabafar(...). Não posso também querer que eles pensem como eu, por isso acredito que escutar e tentar entender a sua posição é a melhor forma de agir. (PF) / Conversaria com o paciente e familiares e escutaria seus desejos(...) (PH) / Eu acredito que cumpriria com meu trabalho eticamente, orientando o que fosse necessário, deixando as situações o mais claramente possível (...) (PI)

O paradigma científico contido nas respostas reporta à formação universitária na área da enfermagem, que tem como instrumento de trabalho, as técnicas de ouvir e acolher, convergentes para as ações de humanização. Além disso, remetem, mesmo que indiretamente, à questão da solidariedade e respeito com a condição do outro, ou seja, no encontro entre os sujeitos (usuário e profissional), nas trocas de experiências, faz-se presente a busca pelo sentido da vida, e assim, da espiritualidade de cada um[31,53,96,125].

b) *Inserção da religião e crenças na assistência*

Tentaria trabalhar com outros profissionais (psicologia, terapeuta ocupacional), e questionar a família em relação à religião.(PC) / Eu procuraria entender quais são as crenças dessa família e dessa pessoa para basear meus argumentos e palavras de conforto no que é real para a pessoa.(PD) / (...) não desconsideraria a importância da fé no enfrentamento dos problemas.(PI)

Os participantes utilizam o paradigma religioso, porém também, científico, sendo que a religião é considerada um canal da espiritualidade, sendo muito utilizada para obter-se êxito no acolhimento e humanização da assistência de enfermagem[65,84].

c) *Tratar com humanização*

(...) tratar o paciente com carinho, respeito e atenção.(PF) / Tentaria agir com a maior humanização que conseguisse; fazendo o possível para terem o mínimo de sofrimento. (PG)

Nas respostas destes dois participantes, o tema/paradigma científico recorrente é a humanização, que envolve o respeito, atenção e amenização do sofrimento[3-4,31].

d) *Respeito para com pessoas que não gostam de falar de morte*

(...) estão passando pela dificuldade de perda e luto. (PF) /(...) muitos não gostam de falar sobre a iminência da morte.(PH) /

Apreende-se a sensibilidade, inclusive científica, destes dois participantes para o assunto da morte, a qual não é muito abordada na educação para a saúde para a população, incluindo na educação para a vida, a educação para a morte, e daí portanto, aumentando o grau de dificuldade do profissional em lidar com essas situações[13,124,125].

Mais uma vez, de um modo geral sobre esta questão, verificamos que não ficou clara, porém implícita, a associação do cuidado humanizado com o espiritual, apesar de incluírem a religião como um canal para o paciente e a família lidarem com a situação de sofrimento.

As categorizações originadas sobre a contribuição da religião na promoção da saúde são as seguintes:

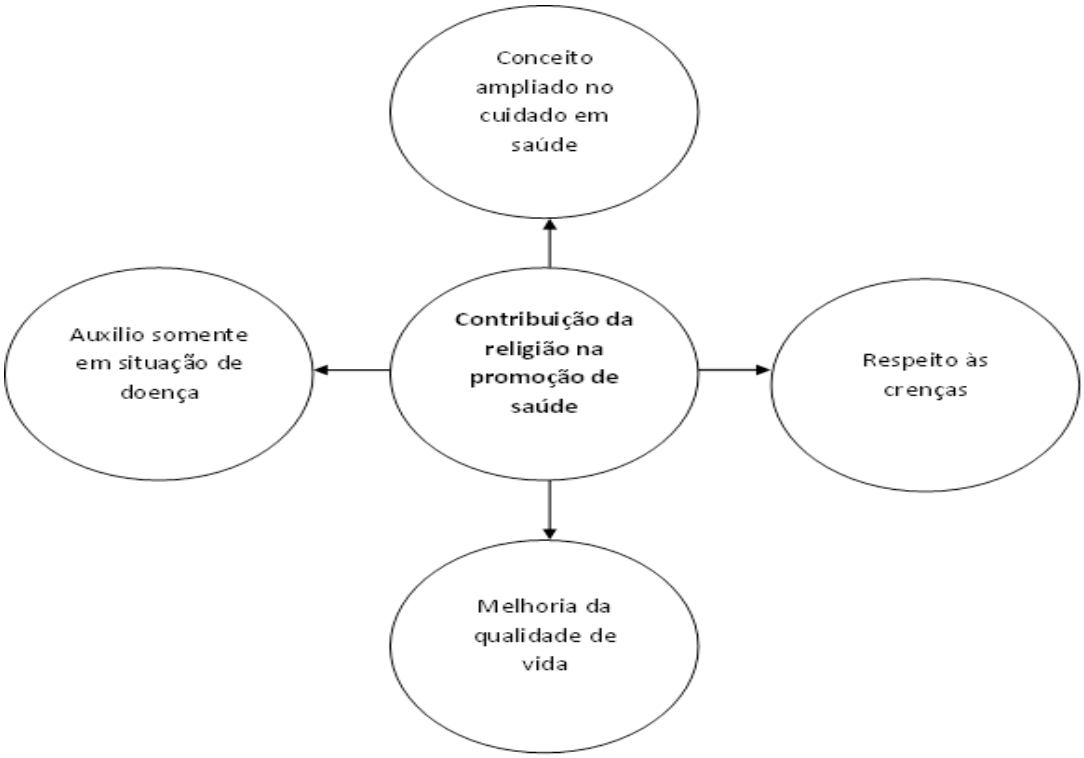


Figura 10: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento da contribuição da religião na promoção de saúde.

a) *Enquanto conceito ampliado no cuidado em saúde*

Sim, porque se pensarmos num conceito ampliado de saúde, veremos que a religião faz parte, pois quer queira quer não, as ações que as diversas formas de religião podem proporcionar seja com seus cultos, rezas, etc; podem favorecer a saúde do paciente. (PB) /Claro! A religião e a fé são fundamentais para auxiliar a manutenção da vida, especialmente na manutenção da saúde mental (PI)

Os participantes vão de encontro ao discurso científico da OMS (WHO, 1998)[65], sobre a presença da religiosidade na promoção da saúde[65]. Ressalte-se que o aspecto religioso pode viabilizar a espiritualidade na vida das pessoas[31,55,66].

b) *Enquanto respeito às crenças*

A fé do paciente pode contribuir para a promoção da saúde, pois isso é algo que o estimula a buscar caminhos para seu tratamento ou até mesmo prevenção (...) (PE) /Creio que a religiosidade pode contribuir sim e muito, pois acreditar em algo (Deus, Poder Superior, Santos) nos fortalece. (PH)

Em PE, observa-se que a saúde foi tomada com um viés de doença, pois na resposta, as palavras *tratamento* e *prevenção,* são direcionadas a uma situação (curativa) que não é a saúde. Mesmo assim, a questão do respeito à crença de cada um, incluindo-se a religião, é congruente à Política Nacional de Humanização, pois todas as atitudes do profissional no que diz respeito à observância e consideração da cultura do usuário, podem propiciar a Educação para a Saúde, com vistas à promoção da saúde[3,18]. Assim, os participantes estão situados no paradigma científico atual.

c) *Enquanto melhoria da qualidade de vida*

Sim, pois a religião em certas famílias e pessoas é o que comanda a vida. É como se fosse o dia-a-dia. Sendo assim, ela tem muita influência na promoção da saúde. Ela ajuda no viver e sabe como dar um 'UP' no cuidar de sua saúde. (PA) / Com certeza. A religião pode ser um forte fator para contribuir com a saúde do paciente, pois as pessoas religiosas são muito 'influenciadas' por ela (religião). (PC) / Existem estudos que dizem que pessoas que acreditam em alguma coisa, que tem alguma fé, se recuperam mais rápido do que as que não crêem, eu acredito que a fé possa diminuir a situação de stress e assim, acontecer uma melhora do sistema imunológico. Sendo assim, qualquer pessoa que esteja despreocupada

com sua situação de risco pode ter uma melhora, mas sem dúvida, acreditar em 'algo' faz com que a situação de stress melhore. (PD) /Sim, por que pode ser que através da religião as pessoas podem adquirir hábitos saudáveis de vida e ter melhor qualidade de vida. (PG) /ela serve como "válvula de escape" ou como estratégias sólidas de enfrentamento das dificuldades. (PI)

Em PD e PI, nota-se mais uma vez, a presença do paradigma tradicional de atenção à saúde, que é voltado para a doença, por meio das questões de diminuição do estresse, e enfrentamento de dificuldades. Entretanto, todos os participantes estão de acordo com a OMS sobre a religião enquanto veículo de melhoria da manutenção da saúde e consequentemente, da qualidade de vida[65]. Além disso, Freire (2008)[31], conforme já descrito anteriormente, afirma sobre a capacidade de diálogo, estabelecida com a pessoa na busca pela educação e pela humanização, a partir da religião, conquanto, podemos apossar desse conhecimento, de forma análoga, para a atenção à saúde, ou seja, no encontro entre profissional e usuário no processo educativo em saúde[31,125].

d) *Enquanto auxílio somente em situação de doença*

Não. Acredito que a maioria das pessoas se apega a religião quando tem uma doença instalada, acredito que não contribua na promoção da saúde. (PF)

Este participante, apesar de possuir religião, não tem a mesma opinião, e refere que a religião não auxilia na manutenção da saúde, mas que poderia ser útil somente quando o indivíduo passa por situação de doença, refletindo o paradigma científico moderno, ao dissociar as crenças da qualidade de vida.

A respeito da abordagem da espiritualidade no curso de graduação e opiniões acerca do ensino dela na formação de enfermeiros:

Figura 11: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento da abordagem da espiritualidade na formação.

a) ***Poucas vezes foi abordado, e apenas quando falou-se em morte e cuidados paliativos***

No ensino da graduação, poucas, mas poucas vezes, eu percebi a abordagem da espiritualidade. Vi e ouvi comentários, mas em momento algum foi trabalhado a finco sobre esse 'tema'. Houve uma breve conversa sobre morte em uma disciplina onde acabamos discutindo, mas em segundo plano, a espiritualidade dos pacientes de cuidados paliativos. (PA) / (...)apenas um breve contato com "cuidados paliativos" no decorrer do estágio de Saúde da Mulher, desenvolvido no 8º andar do HC. (PH)

A espiritualidade vem sendo cada vez mais discutida no âmbito dos cuidados paliativos, quando o sentido da vida e as questões existenciais são colocadas em primeiro plano para o indivíduo em situação de finitude[18,124]. Porém, esta situação

retrata o aspecto de se discutir a espiritualidade em situação de doença, não vinculando à promoção de saúde.

b) *É necessário na formação*

É de extrema importância para a nossa formação, pois ainda temos muita dificuldade de lidar com questões que envolvem a espiritualidade. (PB) /(...) acredito que o ensino dela seria muito importante, pois qualificaria o profissional enfermeiro no tratamento/cuidado ao paciente. (PC) / acredito que seria bom que fosse abordada para que pudéssemos entender e respeitar a espiritualidade dos nossos pacientes. (PD) / Acredito que espiritualidade não se ensina mas é válido para a formação profissional. Discutí-la com olhar mais atento, pois esse é um fator que influencia tanto no tratamento do paciente como no trabalho do enfermeiro. (PE) / Acredito que é um assunto que merecia mais atenção e espaço na nossa formação (...) (PG)

A maioria dos participantes afirma a importância e necessidade do conhecimento sobre a espiritualidade, indo de encontro à literatura científica atual, que confirma a espiritualidade como elemento facilitador da assistência humanizada, ética e integral em saúde[18,65].

c) Ocorreu de forma sutil

Ocorreu de forma sutil, abordando mais a questão da valorização dos aspectos espirituais que cada pessoa traz. (PB) /Até o presente momento tive momentos esparsos sobre espiritualidade, tive aula com alguns professores, que acredito nem faça parte das disciplinas, são momentos que eles acreditam ser importantes para nós, mas isso pessoalmente falando, sem nada muito formal. Sempre informalmente. (PF) / Penso que este assunto não foi muito abordado na graduação, sendo trabalhado somente dentro de algum tema de trabalhos ou seminários.(PG) / A espiritualidade não foi abordada em nenhum momento do nosso curso, apenas um breve contato com "cuidados paliativos" no decorrer do estágio de Saúde da Mulher, desenvolvido no 8º andar do HC. (PH) / Sim. A questão espiritual vem sendo abordada principalmente na disciplina de didática, mas de forma bem sutil, dependendo ainda de certo amadurecimento dos alunos para este tema e sua importância na formação para a saúde. Este, assim como alguns outros temas, são substancialmente negligenciados principalmente pelos alunos.(PI)

Aqui, os participantes afirmam que a temática da espiritualidade foi abordada na graduação de forma muito sutil, ocorrendo, por vezes, de forma informal, de forma não evidente durante os estudos e estágios práticos, e apontado até mesmo, como dependente de amadurecimento emocional por parte dos próprios alunos. Entretanto, PB colocou que foi trazida a questão dos aspectos espirituais individuais.

d) Dificuldades de lidar com a espiritualidade

(...) por termos a dificuldade de enxergar que o estado espiritual de alguém contribui de maneira positiva ou negativa na vida de uma pessoa. (PB) /nos deparamos com a espiritualidade, depois no campo de trabalho, e não estamos preparados. (PG)

Nesta categorização, percebemos a dificuldade em lidar com a espiritualidade no outro, e a falta de preparo neste sentido. Ressaltamos que o auto-conhecimento nas questões da espiritualidade é imprescindível para a assistência espiritual dos usuários, tendo de ser estimulada desde a graduação[13,122].

e) *Não foi abordada*

A espiritualidade não foi abordada na graduação. (PC) / A espiritualidade não foi abordada. (PD) / A espiritualidade não foi abordada na graduação, foi citada como ítem de roteiro de coleta de dados. (PE)

Nesta, os participantes afirmam que não foi abordada, e quando foi, configurou-se como um item sociodemográfico de um roteiro de coleta de dados.

Sobre essa questão da abordagem da espiritualidade na graduação, de forma geral, observa-se que ela ocorreu de maneira escassa, a partir da concepção deles. Porém, ressalva-se a opinião dos alunos participantes sobre a inserção da temática na formação, que eles concebem como sendo importante. No mais, não se pode afirmar que a opinião deles reflita o curso da instituição estudada. Mas, observamos que há iniciativas que já começam a despontar no ensino deles.

As categorizações finais sobre a forma como o participante gostaria de ser atendido, procuraram abordar a opinião deles enquanto usuários desse sistema de saúde que, ao mesmo tempo em que eles serão profissionais, serão também usuários. Daí que intentou-se provocar uma auto-reflexão sobre o cuidado (que eles mesmos) prestarão.

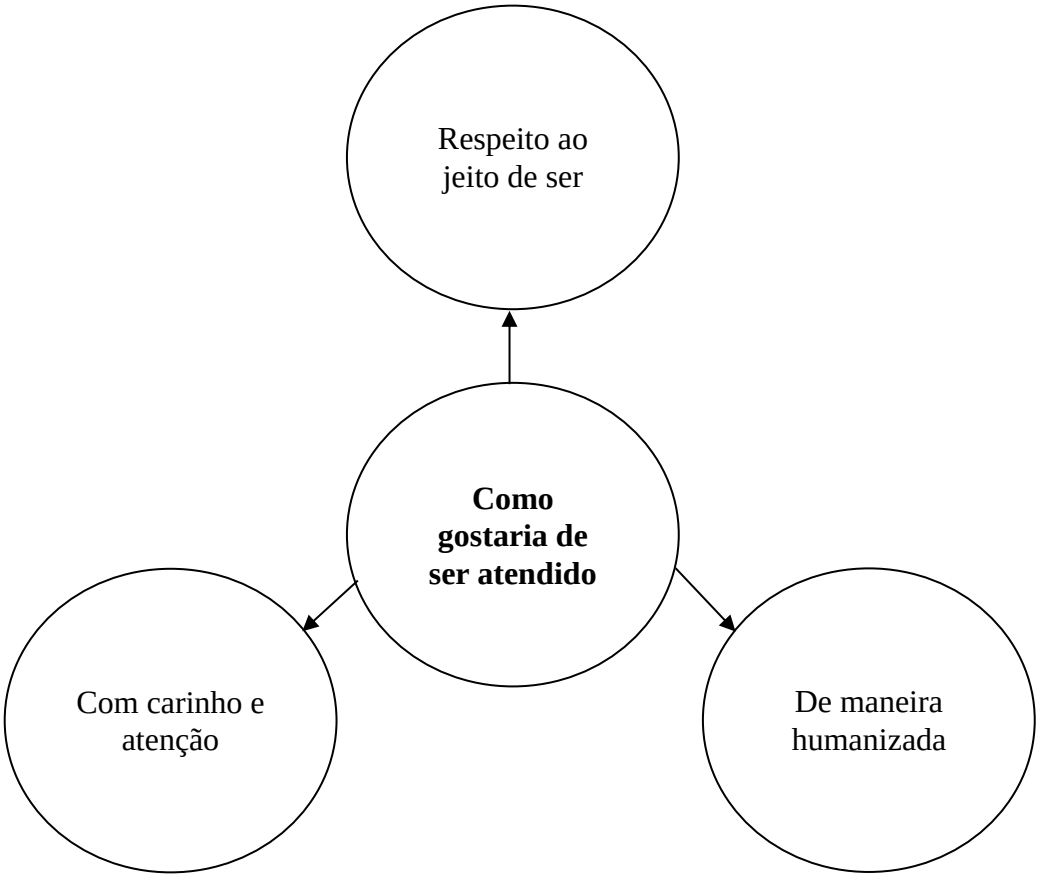


Figura 12: Categorização das respostas dos participantes sobre o entendimento de como gostaria de ser atendido.

a) *Respeito ao jeito de ser*

Eu gostaria de ser atendido respeitosamente, sendo feito por mim o que eu faria por mim e pelos outros. Aceitando meu jeito e minhas opções. Mostrando que o cuidado que me está sendo prestado é valorizado e de bom grado. (PA) / Gostaria de ser atendida de modo que olhassem para minha individualidade e que respeitassem minhas escolhas. Penso que seria importante o calor humano, a linguagem corporal, o afeto e o respeito. (PD) / Gostaria de ser atendida com respeito e consideração pela minha espiritualidade, que existe, independente da religião que professo. (PH)

Aqui, denota-se a questão da empatia, do respeito para com o jeito de ser de cada um, com as subjetividades e opções sobre o modo de vida, o que reflete o movimento em direção ao sentido existencial de cada um, ou seja, à espiritualidade[31,68,70].

b) *De maneira humanizada*

Gostaria de ser atendida com respeito, carinho e de forma humanizada. (PC) / Espero no futuro poder contar com uma enfermagem "humana" que consiga nos dar atenção, nos tratar com respeito, carinho, e nos tratar como seres humanos mesmo, não como bichos, ou simplesmente um obstáculo para receber o salário. Eu gostaria de ser tratada como eu trato os meus pacientes. (PF) / Gostaria de ser atendida com respeito, humanização, carinho e por profissionais comprometidos, responsáveis, capazes e competentes. (PG)

A partir das concepções desses participantes, sobre a humanização, verifica-se que ela é vista como um conhecimento a ser efetivado durante a formação universitária, em que o foco não seria somente o biológico, pois cita-se valores como o respeito, o compromisso, a responsabilidade e a competência, como fundamentos de uma assistência humanizada[125,126].

c) *Com carinho e atenção*

Ser tratado com educação, respeito, sinceridade são princípios que todos desejam receber num atendimento, seja qual for a natureza. (PB) / Com mais atenção no paciente como indivíduo, e não como 'mais um leito'. (PE) / Gostaria que os profissionais me atendessem com carinho e respeito. (PI)

Aqui, os valores de respeito e a atitude carinhosa foram vistos como indicadores de uma boa assistência prestada. Conforme consta na Política Nacional de Humanização, solidariedade e respeito convergem para o cuidado humanizado[18,22].

O entendimento da humanização e do seu elemento propulsor, representado neste estudo pela temática da espiritualidade, propicia um demonstrativo dos desafios de uma formação voltada para os valores éticos e de respeito às singularidades e integralidade de cada sujeito. Em estudo recente, a partir das concepções de enfermeiros assistenciais sobre Educação para a Saúde, evidenciou-se a necessidade de revisão da formação universitária, congruente às políticas de saúde, as quais direcionam-se, cada vez mais, ao empoderamento das pessoas acerca da própria saúde.

Nas ações produzidas nos diferentes níveis de atenção à saúde (na promoção de saúde, na prevenção de doenças, no tratamento e reabilitação), estão implicados diversos aspectos como por exemplo, a adesão ao tratamento medicamentoso e a mudança de comportamentos com vistas à adoção de estilo de vida saudável, os quais, muitas vezes, não vão ao encontro das percepções do indivíduo. Sendo ele, a todo o tempo, quem toma decisões, acumula experiências e, por fim, avalia e aloca valores àquilo que considera importante ou não. A Educação para a Saúde assume, portanto, uma dimensão complexa ao que pode sugerir ser rotineiro e simples segundo a concepção do profissional de saúde.

A interpretação das respostas permite implicitamente, inclusive, verificar o entendimento que esses estudantes atribuem ao que seja o cuidado de enfermagem, estando presentes elementos que denotam a predominância da característica assistencialista/curativista de atenção à saúde.

O conhecimento das concepções de graduandos de enfermagem pode proporcionar uma compreensão abrangente, contextualizada, problematizadora e construtiva sobre a humanização e a espiritualidade, segundo a ótica do estudante, oferecendo elementos propulsores da formação ética e humanista, que leve em conta os emblemas sociais reais porque passam as pessoas e as sociedades.

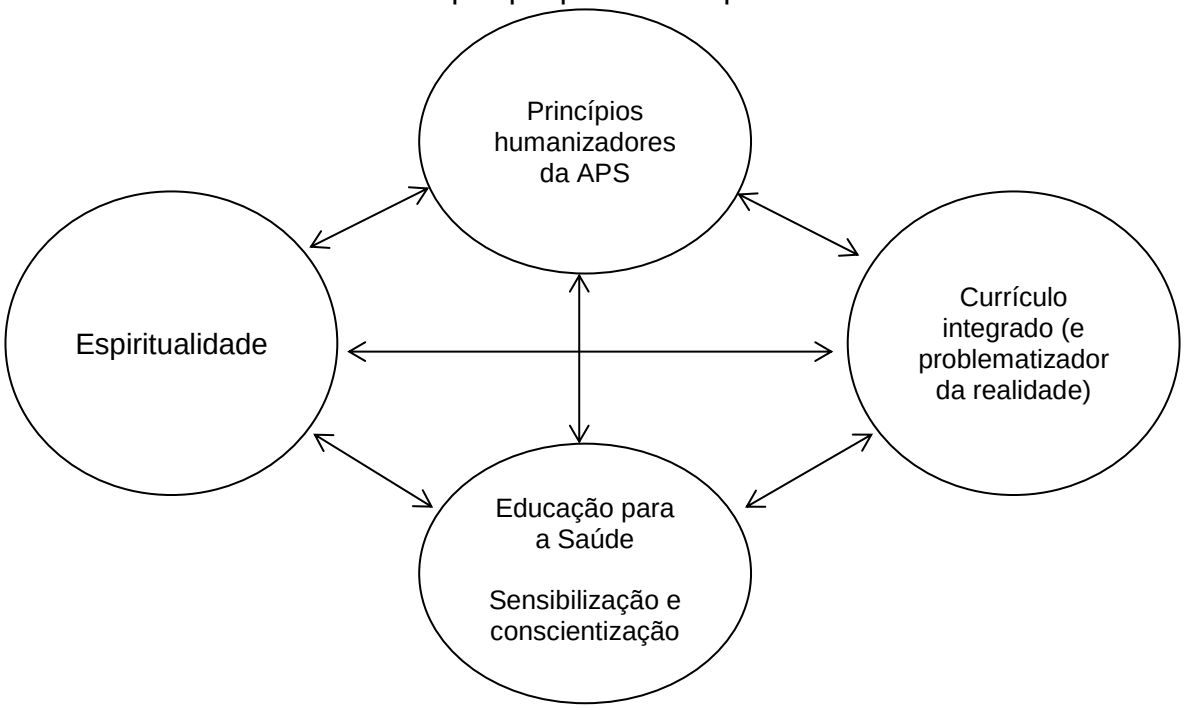


Figura 13: Esquematização da interface da espiritualidade com a Educação para a Saúde, o currículo integrado e problematizador e os princípios humanizadores da APS

6 AÇÕES E INTERVENÇÕES EDUCATIVAS

> Quando não se tem a coragem de viver como se pensa, acaba-se por pensar como se vive. *Victória Ocampo*

Descrevemos agora, a fase da ação, propriamente dita, para efeito de denominação de uma fase da pesquisa, pois a metodologia da pesquisa-ação considera educativo a partir do que há a mobilização do grupo de pesquisando sobre o tema investigado[13,31,117]. A atividade educativa foi realizada em um encontro de círculo de discussão, com duração de cerca de duas horas, reunindo, pesquisador e pesquisandos, em sala de aula da instituição pesquisada, fora do horário de aula; e ainda, por meio de e-mail, conforme contratualizado pelo grupo.

A ação educativa constituiu-se de fases/etapas. Num primeiro momento, foram trabalhados os problemas e as vivências em estágios curriculares relacionados à temática estudada, compartilhados com o pesquisador. Em seguida, foi feita leitura de alguns textos elencados, a partir das referências constantes neste estudo.

O aspecto do processo investigativo e educativo peculiar à pesquisa-ação gerou surpresa no grupo pesquisado, pois buscou-se ultrapassar a coleta de dados presente nas pesquisas científicas, e mesmo a avaliação pontual (baseada em pré e pós testes), os quais não cabem na metodologia da pesquisa-ação, a partir do exposto anteriormente. Ocorreu, então, a avaliação somativa, permitindo o aspecto qualitativo e de interação dos participantes[4].

A respeito do processo ensino-aprendizagem a partir de estratégias de grupo, Bleger (1991) afirma que o movimento da ação educativa termina por ser terapêutica e vice-versa[42]. Assim, convenientemente neste estudo, utilizamos essa estratégia, pontuando ainda que, se a enfermagem é uma profissão que lida com pessoas, torna-se importante o desenvolvimento e aperfeiçoamento do auto-conhecimento e das relações interpessoais, conforme já descrito anteriormente.

Ainda, a associação da Educação para a Saúde, a espiritualidade e a humanização, presentes em Paulo Freire, conforme analisa Vasconcelos (2006)[55], evidencia não o sentido de afirmação do caráter religioso da Educação Popular, mas de que, colocar a dimensão religiosa, pode servir como característica da epistemologia da pedagogia. “A fé no homem é o pressuposto do diálogo”[31,55]. E o diálogo, elemento metodológico central no pensamento freireano, pode situar-se

enquanto instrumento e canal da educação. “Sendo fundamento do diálogo, o amor é, também, diálogo”[31].

Portanto, utilizamos da dinâmica da bexiga: bexigas e alfinetes foram distribuídos para os participantes; pediu-se para todos encherem as bexigas, e enquanto isso foi feito, solicitou-se que todos pensassem em coisas boas e sonhos de suas vidas; ao final, deu-se a ordem para cada um proteger o seu sonho/bexiga. Todos quiseram estourar a bexiga do colega, então, o pesquisador mostrou, analogicamente, devemos, enquanto enfermeiros, tomar cuidado e ter respeito para com os sonhos, opiniões e modos de vida do outro, pois isso poderia ser desumanizante e não espiritual.

Fundamenta-se que, historicamente, uma linguagem simbólica foi-se sendo criada pela humanidade, composta pela arte, pelo poema, pela música, pela liturgia, pela oração/religião e pelas histórias míticas, a fim de expressar a realidade acessada pela espiritualidade[55,125,127]. Em saúde mental, verifica-se a ampla utilização e difusão das oficinas terapêuticas, as quais apoderam da interface da Educação para a Saúde enquanto elemento empoderador da ação terapêutica por meio da criatividade[128].

Sob a perspectiva dos participantes, os mesmos conseguiram perceber a espiritualidade enquanto elemento propulsor da humanização em saúde. A característica educativa da pesquisa e de retorno das contribuições científicas para o grupo, foi apontada por eles como um espaço de se proporcionar a oportunidade de verbalizações e problematizações a partir do grupo, interagindo-se de modo informal e descontraído.

Na perspectiva do pesquisador, encontrou-se que a metodologia da pesquisa-ação, em termos de investigação e ação educativa, refletiu desafios, ao que pontuamos: a) no início da pesquisa, considerado como uma limitação do estudo, observou-se certa desmotivação de muitos graduandos em participar da pesquisa, pois, conforme foi relatado e justificado após pelos participantes, os alunos dispõem de muitas atividades curriculares e poderiam estar apresentando cansaço físico e mental pelo momento (final de ano) da pesquisa. Entretanto, esse aspecto, a princípio dificultoso, foi-nos encarado como uma característica da pesquisa qualitativa (condição *sinequa non*), pois o pesquisador estava inserido no contexto real da graduação porque passavam os participantes. B) o outro desafio, foi relativo

à complexidade do tema gerador (humanização e espiritualidade), e à relação desse tema com a formação de enfermeiros, durante a observação participante e o preparo da ação educativa, permeada pelo diálogo, elemento no qual determinou maior flexibilidade, escuta, alguns ajustamentos no círculo de discussão e menor controle prévio das ações/discussão durante o encontro; c) e à avaliação enquanto processo, peculiar à pesquisa-ação, e não enquanto procedimento pontual e quantificável, tão presente no paradigma científico moderno.

Pois, compreende-se que o fator enriquecedor dessa pesquisa não foi a imediata e pontual mudança ou melhora das concepções ou dos comportamentos dos participantes, e nem de provocar qualquer tipo de crítica pejorativa à instituição pesquisada, até porque acreditamos que não seria essa, a finalidade educativa proposta por Freire e Bueno. Mas defendemos a reflexão gerada pelas partes (pesquisador, imerso em constante auto-crítica, e participantes), inseridas no mesmo contexto do processo ensino-aprendizagem proporcionado por essa pesquisa que utilizou a metodologia da pesquisa-ação.

A partir da troca de experiências e conhecimentos, da dialogicidade e do exercício da crítica, revelou-se diversos questionamentos e perspectivas, desencadeando problematizações e conscientização dos problemas identificados e vivenciados pelo grupo em específico. Sugerindo um longo caminho a ser percorrido para se conseguir a construção do conhecimento proposto por Freire e Bueno.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

> A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo de busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria. *Paulo Freire*

A presente pesquisa buscou a compreensão das concepções dos graduandos de enfermagem sobre humanização e espiritualidade na assistência, na proposição do desenvolvimento da ação educativa sobre o assunto em questão.

O emprego da metodologia da pesquisa, situada dentro de um contexto científico caracterizado pela busca do entendimento de como ocorre o ensino da assistência humanizada na formação de enfermeiros, propôs elementos a serem aprofundados posteriormente, permitindo: o desenrolar do processo ensino-aprendizagem (entre pesquisador e pesquisados), a horizontalidade na relação entre os participantes, a inserção do pesquisador na realidade estudada, vislumbrando assim, a ação real (formação), a reflexão crítica a partir dessa ação e a posterior ação (ação educativa). Sendo que, considerou-se a teoria substantiva formulada neste estudo, construída no contexto da realidade estudada, utilizando referenciais teóricos adequados para o estudo proposto.

Portanto, este estudo preconiza a longitudinalidade, a horizontalidade, a dialogicidade, a autonomia, a valorização da subjetividade, o papel ativo corresponsável e conjunto entre gestão, profissional, usuários e familiares.

Apesar de desenvolvida numa realidade específica, esta pesquisa sinaliza que, para que se efetive a linearidade do exposto, sugere-se a qualificação dos profissionais de saúde como um primeiro passo para o estabelecimento de ações mais resolutivas, respeitosas e atenta às subjetividades.

Ressalva-se que os achados podem não refletir a realidade da instituição pesquisada, e nem tivemos essa pretensão, pois a finalidade deste estudo foi identificar a opinião dos participantes sobre a temática em foco. Mas de problematizar e refletir criticamente, a partir do que foi encontrado, sobre a abordagem da temática da espiritualidade na direção da humanização, na formação de enfermeiros.

Observou-se que, em geral, nas respostas dos participantes, há a predominância do paradigma científico, oscilando entre o moderno e o pós-moderno sobre a espiritualidade e a humanização. Havendo pequena associação com o paradigma científico pedagógico, estando implícito que a temática pode não estar

integrada ao contexto da Educação para a Saúde, considerando-se a inerência da função educativa do enfermeiro, mas também, não está clara a inserção da problemática na prática do ensino, no imaginário desses participantes, levando em conta que eles estão sendo formados para atuar, além da gestão, assistência e pesquisa, principalmente na docência, no ensino básico e médio/profissionalizante.

Assim, novamente afirma-se o caráter inacabado deste estudo, que identificou fatores contidos na formação, os quais podem ser investigados em outros contextos, com fins de contribuição tanto para a efetivação dos resultados obtidos, quanto para a ampliação e aprofundamento de outros elementos que possam interferir no processo ensino-aprendizagem dos(as) enfermeiros(as).

Observa-se ser emergente a implementação de estratégias direcionadas à formação e capacitação de recursos humanos, levando em conta o currículo integrado e problematizador da realidade, os princípios humanizadores da APS, a espiritualidade e a Educação para a Saúde.

Este estudo aponta que o seguimento em saúde envolve temas complexos, tendo-se de lançar mão de estratégias que ultrapassem a abordagem reducionista, focada na dimensão biológica, considerando quão complexa é a natureza humana, sugestiva de aproximações mais efetivas colocadas no plano do cuidado de enfermagem.

Destaca-se que os achados estão num contínuo desenvolvimento, havendo a possibilidade de ser aprofundada e ampliada, sendo que os pressupostos não são fechados, concluídos ou definitivos.

Observa-se quão incipientes são os espaços para a formação docente na discussão da temática espiritualidade/humanização, sendo que está implícito o discurso do cuidado/assistência técnico-procedimental muito mais impregnado do que o discurso do ensino, a partir da ótica desses participantes, os quais, enfatizamos, estão num curso de formação licenciatura, demonstrando uma dissociação da função da assistência e do ensino em saúde.

Enquanto lacunas ou limitações deste estudo, coloca-se que não foi feita a análise documental do projeto político-pedagógico do curso, podendo-se abrir para outras possibilidades de estudos na área investigada. A composição da amostra é condicionada à disponibilidade e ao interesse dos entrevistados em participar do

estudo, partilhando sobre o tema em questão. Ademais, o estudo comtempla apenas pessoas que estão vinculadas a uma universidade pública de uma região delimitada.

7.1 Sugestões

A partir dos resultados obtidos e de recomendações encontradas na literatura, algumas sugestões foram elaboradas e estão explicitadas a seguir:

- enfatizar/direcionar para uma dimensão política do trabalho do enfermeiro, no que pese à formação de profissionais que busquem o aprendizado não somente sobre a prevenção, o tratamento e a reabilitação das doenças, mas a promoção de uma cultura de saúde mais humanizada para a população em geral;

- trabalhar a horizontalidade das relações entre o usuário e o profissional, dentro de um eixo norteador (da Educação para a Saúde), diminuindo a distância e ampliando a dialogicidade entre a academia e o dito popular, e entre os atores (usuários, profissionais e gestores) na produção em saúde, a partir de espaços destinados à discussão e debates desse aspecto na formação de profissionais de saúde/enfermeiros, das relações originadas entre professor e aluno;

- fundamentar a formação de enfermeiros em alicerces científicos que incentivem a autonomia e a consciência na tomada de decisões do indivíduo, situando os profissionais enquanto catalisadores/facilitadores desse processo, sobremaneira nas questões que envolvem a humanização;

- destinar espaços de autoconhecimento dos estudantes de enfermagem, para que assim, conhecendo-se, possibilitem lidar com as reações e emoções do outro, a partir do exercício comunicacional, respeitando a espiritualidade no contexto profissional;

- incrementar/(re)construir currículos de graduação em enfermagem que visem a troca de experiências e aos trabalhos grupais, proporcionando maior dinamismo e problematização de situações práticas reais, no que se refere ao exercício de associação dos pressupostos teóricos aos práticos;

- introduzir, na formação dos profissionais de saúde, a temática da espiritualidade na interface com a humanização do cuidado, não como disciplina delimitada, mas enquanto proposta transversal que possa permear todas as ações em saúde;

- nessa proposta de ‘transversalização’, incrementar a sistematização da assistência de enfermagem sob a possibilidade da reverberação na espiritualidade e na humanização, com vistas à congruência de que o cuidado deve ser atento às subjetividades, baseada nas novas propostas de práticas avançadas em enfermagem;

- a partir do projeto pedagógico, propor potencialidades do trabalho do enfermeiro licenciado, que leve em conta a atuação crítica, reflexiva e humanista, ao que apontamos, a temática da espiritualidade como caminho possível para se atingir tal objetivo.

Embora os alunos tenham apresentado concepções aparentemente científicas, ainda percebe-se que alguns deles preservam a ideologia dos paradigmas modernos, os quais este estudo propõe transpor tais limites.

> “Os gênios religiosos de todas as épocas distinguiram-se por esse tipo de sentimento religioso, que não conhece nenhum dogma e nenhum Deus concebido à imagem do homem; não pode haver uma Igreja cujos ensinamentos centrais se baseiem nele. Assim, é entre os hereges de todas as eras que vamos encontrar homens que estiveram repletos desse tipo mais elevado de sentimento religioso, e que, em muito casos, forma encarados por seus contemporâneos ora como ateus, ora como santos. Vistos por esse prisma, homens como Demócrito, Francisco de Assis e Espinosa assemelham-se muito”. *Einstein*

REFERÊNCIAS

1. Trevizan MA, Mendes IA. Spirituality: the basis for nurses' ethics. Med Law. 2004; 23(4):791-6.
2. 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, organizadores. Cuidar: tão longe...tão perto... Ribeirão Preto: FIERP/EERP/USP-USP/CNPq. 2002, p.13-26.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSus: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
4. Bueno SMV. Educação preventiva em sexualidade, DST-AIDS e drogas nas escolas [tese de livre docência]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2001.
5. Coscrato G. Pesquisa-ação em Educação para a Saúde, cuidado e humanização no cotidiano profissional de enfermeiros [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.
6. Cunha MI. Diferentes olhares sobre as práticas pedagógicas no ensino superior: a docência e sua formação. Educação Porto Alegre – RS. 2004; 3(54):525-36.
7. Pinto JBT, Pepe AM. A formação do enfermeiro: contradições e desafios à prática pedagógica. Revista Latinoam Enferm. 2007; 15(1):120-6.
8. Corral-Mulato S, Baldissera VDA, Santos JL, Philbert LAS, Bueno SMV. Estresse na vida do acadêmico em enfermagem: (Des)conhecimento e prevenção. Invest Educ Enferm. 2011; 29:109-17.
9. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.
10. Domingues MP. Postura educativa do enfermeiro psiquiátrico em sua atuação profissional: percepção dos alunos de graduação em enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
11. 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: Universidade de São Paulo; 2008.

12. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p.71-112.
13. Bueno SMV. Tratado de educação preventiva em sexualidade, DST/AIDS, drogas e violência nas escolas. Ribeirão Preto: FIERP/EERP-USP, 2009.
14. Chan MF, Chung LTF, Lee ASC, WK Wong, Lee GSC, Lau CY, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. Nurse educ today. 2006; 26:139-50.
15. Dezorzi LW, Crosseti MGO. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. Rev latinoam enferm. 2008; 16(2):212-17.
16. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. Rev Bras enferm. 2009; 62(1):100-6.
17. Mok E, Wong F, Wong D. The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. J Adv Nurs. 2010; 66(2):360-70.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
19. Turkiewicz M. História da Enfermagem. Paraná, ETECLA, 1995.
20. Geovanini T, Moreira A, Dornellles S, Machado WCA. História da Enfermagem: versões e Interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
21. Costa R, Padilha MI, Amante LN, Costa E, Bock LF. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. Texto & contexto enferm. 2009; 18(4):661-9.
22. Donabedian A. Twenty years of research on quality of medical care: 1965-1984. Eval Heath Prof. 1985; 8:243-65.
23. Chauí M. A universidade pública sob nova perspectiva [Internet]. In: Conferência de Abertura da 26a Reunião Anual da ANPEd; 2003. Poços de Caldas, Brasil. 2003 [citado 2013 Out 01] Disponível em: http:// http://www.anped.org.br/reunioes/26/marilenachauianped2003.doc

24. Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7a ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2000.
25. Barreto M. Saúde Mental e Trabalho: a necessidade da “escuta” e olhar atentos. Cad Bras saúde mental. 2009; 1(1):1-9.
26. Reis DC. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006. p. 19-24.
27. 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.
28. Foucault M. História da loucura. 7a ed. São Paulo: Perspectiva; 2003.
29. Kodato S. Oficinas de expressão e criação com professores: catarse e representação. Rev SPAGESP. 2004;5(5):56-61.
30. Navarro VL, Padilha V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. Psicol Soc. 2007;19 Ed Esp:14-20.
31. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 47a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
32. Freire P. Pedagogia da autonomia. 33a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
33. Freire P. Pedagogia dos sonhos possíveis. São Paulo: Editora UNESP; 2001.
34. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura; 2001.
35. Dejours C. A Loucura do trabalho – estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez; 1998.
36. 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.
37. Conselho Federal de Enfermagem. Departamento de Tecnologia da Informação – DTI/COFEN. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Brasília (DF): COFEN; 2011.
38. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):7-14.

39. Coscrato G, Bueno SMV. Pesquisa qualitativa sobre humanização em saúde mediatizada por pesquisa-Ação. Saúde Transf Soc. 2010;1(1):120-8.
40. Coscrato G, Bueno SMV. Postura profissional do enfermeiro à luz de Freire: entrelaces com o Sistema Único de Saúde. Saúde Transf Soc. 2012;3(1):79-84.
41. Bleger J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: Kaes R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, organizadores. A instituição e as instituições. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991. p. 59-71.
42. Bleger J. Temas de psicologia: entrevistas e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 2001. Grupos operativos no ensino; p. 59-100.
43. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 5a ed. São Paulo: Cortez; 2008.
44. Kuhn T. Estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1978.
45. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
46. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde [Internet]. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001. Capítulo 1: A saúde mental pelo prisma da saúde pública; p. 1-15 [citado 2013 Out 01]. Disponível em: http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf
47. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 3a ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO; 2001.
48. Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006.
49. Giordani AT. Humanização da saúde e do cuidado. São Paulo: Difusão Editora, 2008.
50. Coscrato G, Bueno SMV. Concepção de enfermeiros de uma rede pública de saúde sobre Educação para a Saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [citado 2013 Out 01];47(3):714-21. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00714.pdf
51. 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: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

52. Boff L. Espiritualidade: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante; 2001.
53. Leonardi J. O caminho noético: o canto e as danças circulares como veículo da saúde existencial no cuidar [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
54. Esperidião E. Repensando a formação do enfermeiro: o processo de conscientização crítica e práticas docentes à luz do referencial ético-humanista. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
55. Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
56. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.
57. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. J Transcult Nurs. 2002;13(3):189-92.
59. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comunic Saúde Educ. 2005; 9(17):389-406.
60. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1342-53.
61. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
62. Travelbee J. Intervención en enfermeria psiquiatrica. Carvejal: Cali; 1979.
63. Waidaman MAP, Elsen I, Marconi SS. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. Rev Eletrônica Enferm. 2006;8(2):282-91.
64. Grudtner DI. Processo educativo participativo com enfoque na ajuda à família: uma experiência na disciplina de enfermagem cirúrgica [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
65. World Health Organization (WHO). Department of Mental Health [Internet]. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Geneva: WHO; 1998 [cited 2013 Out 01]. (WHO/MSA/MHP/98.2). Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MHP_98.2_eng.pdf. Acesso em 01.10.2013.

66. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Irreducible mind: toward a psychology for the 21st century - book review. J Nerv Ment Dis. 2008;196:345-6.
67. Moreira-Almeida A. Implicações dos estudos brasileiros em psiquiatria e espiritualidade. Rev Psiquiatr Clín. 2012;39:181.
68. Gonçalves MAS. Atitudes dos estudantes de enfermagem em relação ao usuário de substâncias psicoativas e a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais do cuidado [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013.
69. Organização Mundial de Saúde [Internet]. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários de Saúde. 1978 [citado 2013 Out 01]. Disponível em: http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alam-Ata.pdf
70. Vasconcelos EM. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: Gonsalves EP, organizador. Educação e grupos populares: temas (re) correntes. Campinas: Alínea; 2002. p. 99-116.
71. MacDonald JJ, Warren WG. Primary health care as an educational process: a model and a freirean perspective. Int Q Community Health Educ. 1991;12(1):35-50.
72. George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. Spirituality and health: what we know, what we need to know. J Soc Clin Psychol. 2000;19(1):102-16.
73. Koenig HG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. Rev Psiquiatr Clin. 2007;34 Supl 1:95-104.
74. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. J Clin Nurs. 2006;15(7):885-96.
75. Koslander T, Silva AB, Roxberg A. Existential and spiritual needs in mental health care: an ethical and holistic perspective. J Holist Nurs. 2009;27(1):34-42.
76. Chan MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. J Clin Nurs. 2010;19(15-16):2128-36.
77. Shores CI. Spiritual perspectives of nursing students. Nurs Educ Perspect. 2010;31(1):8-11.

78. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of research to date. J Clin Nurs. 2006;15(7):852-62.
79. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses responses to the spiritual needs of their patients. J Adv Nurs. 2001;33(4):446-55.
80. Leeuwen van R, Tiesinga LJ, Pos D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. J Clin Nurs. 2006;15(7):875-84.
81. Salgado APA, Rocha RM, Conti CC. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. Rev Enferm UERJ. 2007;15(2):223-8.
82. Chaves ECL, Carvalho EC, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual; análise por especialistas. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):264-70.
83. Chaves ECL, Carvalho EC, Goyatá SL, Galvão CM. Angústia espiritual: revisão integrativa da literatura. Online Braz J Nurs [Internet]. 2008 [citado 2013 Out 01]; 7(2). Disponível em: http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2208.1551/358
84. Nascimento LC, Oliveira FCS, Moreno MF, Silva FM. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. Acta Paul Enferm. 2010;23(3):437-40.
85. Baldissera VDA. Pesquisa-ação em lazer, sexualidade e educação para a saúde com pessoas que vivenciam a hipertensão arterial [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.
86. Pierin AMG. Editorial: Enfermagem e a pesquisa em hipertensão arterial. Acta Paul Enferm. 2010;23(5):591-2.
87. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2012.
88. Scorzoni MF, Bueno SMV, Coscrato G. O currículo e as implicações dos novos paradigmas educacionais na formação do enfermeiro. Saúde Transf Soc. 2013;4(1):11-5.
89. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação [Internet]. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, Brasília (DF): Ministério da Educação; 2001 [citado 2013 Out 01].

Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos /pdf/2001/pces1133_01.pdf>

90. Conferência Nacional de Educação [Internet]. Projeto de Lei nº 8.035/2010. Aprova o Plano Nacional de Educação para o decênio 2011-2020. Brasília (DF): CONAE; 2010 [citado 2013 Out 01]. Disponível em: <http://conae.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=363:pne&catid=100:mais-noticias>
91. Pimenta SG, Anastasiou LGC. Docência no ensino superior. São Paulo: Cortez; 2008.
92. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos para Saúde. Brasilia (DF): SPS/CGDRH/SUS, 1999.
93. Zeichner KM, Diniz-Pereira JE. Pesquisa dos educadores e formação docente voltada para a transformação social. Cad Pesqui. 2005;35(125):63-80.
94. Ebisui CTN. Trabalho docente do enfermeiro e a Síndrome de Burnout: desafios e perspectivas [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
95. Masetto M. Docência na universidade. Campinas: Papirus; 2001.
96. Bueno SMV, Luis MAV, Corral-Mulato S. Revendo cenários-contextualizando Ribeirão Preto, a Universidade de São Paulo e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: FIERP/EERP-USP; 2010.
97. Vieira ADP, Gomide AGV. História da formação de professores no Brasil: o primado das influências externas [Internet]. In: Congresso Brasileiro de História da Educação, 2008; Aracaju, Brasil. Goiabeiras: SBHE; 2008 [citado 2013 Out 01]. Disponível em http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/93_159.pdf
98. Anastasiou L. Metodologia de ensino na universidade brasileira: elementos de uma trajetória. In: Castanho S, Castanho ME, organizadores. Temas e textos em metodologia do ensino superior. Campinas: Papirus; 2001. p. 57-69.
99. Fernandes F. Educação e sociedade no Brasil. São Paulo: Dominus; 1966.
100. Luckesi CC. Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições. São Paulo: Cortez; 2001.

101. Fernandes CMB. Formação do professor universitário: tarefa de quem? In: Masetto M, organizador. Docência universitária. Campinas: Papirus; 2001. p. 95-112.
102. Scorzoni MFM. O espaço da formação docente nos programas de pós-graduação em enfermagem: uma revisão sistemática da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013.
103. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 195-223.
104. Feyerabend P. Contra o método. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1989.
105. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25a ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
106. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública.1993;9(3):239-62.
107. Mannheim K. Ideologia e utopia. Rio de Janeiro: Zahar; 1968.
108. Popper K. Lógica da pesquisa científica. São Paulo: Cultrix; 1972.
109. LeCompte M, Goetz J. Problems of reliability and validity in ethnographic research. Rev Educ Res. 1982;52(1):31-60.
110. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
111. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. Análise e interpretação de sentidos (Aula). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2010.
112. Windelband W. History and natural science. Theory Psychol. 1998;8(1):5-22. Republished from: Inaug. Addr. Strassburg. 1894.
113. Lewin K. Action research and minority problems. In: Lewin GW, editor. Resolving social conflicts. New York: Harper & Row; 1948. p. 52-73.
114. Grittem L, Meier MJ, Zagonel IPS. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):765-70.
115. Molina R. A pesquisa-ação/investigação-ação no Brasil: mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa. 2007 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

116. Thiollent M. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: Brandão CR, organizador. Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 2000. p. 82-103.
117. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 17a ed. São Paulo: Cortez; 2009.
118. Abdalla MFB. A pesquisa-ação como instrumento de análise e avaliação da prática docente. Ensaio Aval Pol Pública Educ. 2005;13(48):383-400.
119. McLaren P. Paulo Freire e o pós-moderno. Educ Real. 1987;12(1):3-13.
120. Gunther H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? Psicol Teor Pesqui. 2006;22(2):201-10.
121. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n◦ 466, de 06/2012. Dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
122. Leavell S, Clarck EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
123. Caldwell T. Médico de homens e de almas. 47a ed. Rio de Janeiro: Record; 2010.
124. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Edart-USP; 1977.
125. Prado A. Arte como experiência religiosa. In: Massimi M, Mahfoud M, organizadores. Diante do mistério: psicologia e senso religioso. São Paulo: Loyola; 1999. p. 17-31.
126. Bagnato MHS, Rodrigues RM. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. Rev Bras Enferm. 2007;60(5):507-12.
127. Sims A. Comentário sobre experiência espiritual e psicopatologia. In: Fulford KWM, editor. Experiência espiritual e psicopatologia. Brasília (DF): Universa; 2003. p. 79-82. (Série Texto Didático - Psicologia, n. 06).
128. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental [Internet]. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005 [citado 2013 Out 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Local, data

Meu nome é Gisele Coscrato, sou enfermeira, aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, e sou responsável por esta pesquisa, sob orientação da Profa. Dra. Sonia Maria Villela Bueno. Sendo assim, convido você a participar desta pesquisa que tem como objetivo, levantar e compreender as concepções de graduandos de enfermagem desta instituição sobre a humanização e a espiritualidade na assistência de enfermagem, bem como, desenvolver atividades educativas através de oficinas pedagógicas visando à reflexão e conscientização sobre as dificuldades identificadas sobre este tema**. Como único benefício, acreditamos que essa temática seja importante para reflexão dos futuros profissionais na prática profissional.**

Se você concordar, precisaremos nos encontrar em alguns momentos, pois esta pesquisa será desenvolvida em 3 etapas, na própria EERP-USP. A 1ª etapa, que ocorrerá na própria sala de aula, será realizada por mim, na disciplina que sou supervisionada pelo PAE. Entretanto, de nenhuma maneira isso poderia prejudicar você enquanto aluno. Irei observar e anotar em diário de campo, os dados referentes ao ambiente (iluminação, ventilação e disposição de mobiliário), participação dos estudantes nas aulas (atenção, interesse e entrosamento com professor**). Em nenhum momento será anotado o nome de qualquer aluno**. Na 2ª etapa, aproximadamente 10 minutos antes da aula, (podendo se estender por mais 10 minutos sem a presença da professora) inicialmente, faremos uma nova explicação sobre a pesquisa e, aplicaremos uma entrevista, utilizando-se um questionário usando um roteiro auto-aplicável, com questões norteadoras, conforme combinado, previamente, com os participantes. Na 3ª etapa, os alunos serão, novamente, convidados a participar de 2 a 3 encontros, ou mesmo com a leitura de textos por e-mail, fora da aula, com duração de uma hora cada um, aproximadamente, a serem realizados conjuntamente (eu e os participantes) em horário previamente combinado, durante os quais, vou registrar informações no diário de campo. O objetivo desta última etapa é a participação dos alunos em oficinas pedagógicas, para refletir e trabalhar as dificuldades encontradas nas

respostas à entrevista, sobre humanização e espiritualidade na assistência de enfermagem.

Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final será publicado e divulgado em periódicos e apresentado em eventos científicos. Sua participação é completamente voluntária, sigilosa e não haverá custo, e/ou remuneração para você por participar dessa pesquisa, pois somente farão parte da pesquisa aqueles que quiserem participar, por livre e espontânea vontade.

Quanto aos riscos, sabemos das possíveis dificuldades de ser aluno de graduação, das diversas atividades a serem realizadas, o que pode proporcionar desconforto, cansaço e estresse físico e/ou mental. Você poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que prejudique a pesquisa ou que seja prejudicado por isso, e se tiver alguma dúvida, poderá me perguntar ou entrar em contato comigo, através do endereço, telefone e/ou e-mail abaixo. Obrigada pela colaboração.

Pesquisadores responsáveis:
Gisele Coscrato- Doutoranda da EERP-USP (email: gcoscrato@yahoo.com.br)
Orientadora: Profa. Dra. Sonia Maria Villela Bueno
Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Av. dos Bandeirantes, 3900; Campus Universitário – Monte Alegre
Ribeirão Preto-SP, CEP: 14040-902. Fone: (16)3602-3399.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu,_____, concordo com minha participação no estudo e estou ciente de que estou livre para em qualquer momento, desistir de colaborar, sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discutí-lo com a mesma.

Ribeirão Preto,____de_____de 2012.

--- ---
Assinatura do participante Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B

Roteiro

Parte I

e-mail:

Sexo: _____; Idade: _____; Estado civil: _____; Escolaridade:_____; Religião:_____; Ocupação:_____; Profissão:_____.

Parte II

Questões sobre o tema central

1.Comente sobre o que é ser enfermeiro e ser enfermeiro educador/professor.

2. Comente sobre o que é ser um paciente.

3. O que você entende por espiritualidade? O que você entende por humanização?

4. A espiritualidade existe na assistência de enfermagem? Se sim, em quais situações? (descreva pelo menos uma situação).

5.Como você agiria, com o paciente e a família, em uma situação que houvesse doença e sofrimento, e mesmo com a iminência de morte do paciente?

6. A religião pode contribuir na promoção da saúde? Por quê?

7.Discorra sobre se a espiritualidade foi abordada no curso de graduação. E qual sua opinião sobre o ensino dela na formação de enfermeiros.

8. Comentário livre sobre como você gostaria de ser atendido pelos profissionais de sua futura profissão.

APÊNDICE C

Participante	Resposta do significado de ser enfermeiro	Resposta do significado de ser educador/professor
A		Ser enfermeiro educador, é você participar ativamente do cuidar das pessoas, ir além de cuidar da saúde, você cuidar do ensinamento, é cuidar ensinando.
B	É aquele que compartilha seus conhecimentos, de modo a estar aberto a aprender e apreender com o outro, pensando sempre numa perspectiva dialógica, horizontalizada.	
C	O enfermeiro por essência, já é um educador. O enfermeiro educador/professor tem habilidades adicionais que o faz saber trabalhar em diversas áreas, como na educação básica e educação profissional.	
D		Ser enfermeiro educador é trabalhar com prevenção e agravos, é educar para a saúde, para o auto-cuidado, é também preparar colaboradores para essa empreitada.
E		O enfermeiro educador/professor é um profissional que possibilita, através de sua formação, a melhoria da aprendizagem dos futuros profissionais de saúde através de sua base pedagógica e de sua vivência como profissional da saúde e também a promoção de saúde realizada pela educação em saúde (...) com o público atendido.
F	Ser enfermeiro (...) é um dom, a gente tem que gostar do que faz, pois é um trabalho que necessita de atenção, compreensão, carinho, e acima de tudo respeito ao próximo.	Ser enfermeiro educador é uma dificuldade maior ainda, pois une o enfermeiro que necessita ser uma pessoa humana com o professor que é outra profissão que traz consigo um valor muito grande agregado.
G	Ser enfermeiro é cuidar da saúde da população e não está desvinculado de ser enfermeiro educador, pois todo enfermeiro é um educador, realiza educação em saúde, além de atuar na prevenção de doenças.	O enfermeiro professor atua na formação de profissionais da saúde, tendo o compromisso e a responsabilidade de construir junto com seus alunos aprendizado significativo e relacionado com o nosso sistema de saúde, o SUS.
H	Ser enfermeiro é atuar para o bem estar físico, psíquico, social e espiritual do indivíduo (...)	...ser enfermeiro educador possibilita o contato próximo com o indivíduo, podendo agir diretamente na formação para o bem coletivo.
I	(...) o enfermeiro é um agente de promoção de saúde, é essencial que este tenha em sua essência a função educadora. Assim, os enfermeiros que têm em sua formação noções do que é educar passam a entender melhor as propostas de melhorias dos sistemas de saúde com vistas aos princípios do SUS (principalmente a universalidade, integralidade e equidade do cuidado). Tendo isto em vista, o enfermeiro (...) é aquele que recebeu uma formação mais "técnica" voltada para um cuidado procedimental e desvinculado com a verdadeira função de educador que carrega a profissão de enfermagem.	Já o enfermeiro educador, é aquele que aceitou e vivenciou em sua formação a função de educar, ou seja transpondo o cuidar, pautando seu trabalho em uma construção de uma sociedade melhor a cada dia.

Quadro 2 – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 1: Comente sobre o que é ser enfermeiro e ser enfermeiro educador/professor

Participante	Resposta sobre o significado de ser paciente
A	Paciente (...) é a pessoa que recorre a nós em momentos bons e ruins da vida dela, é a pessoa que quer um tratamento para algo que não a deixa bem, ou quer saber algo sobre sua saúde.
B	Historicamente, o termo paciente carrega significados negativos, (...) seria uma pessoa num estado inferior a outra pessoa, estado esse biológico, psicológico ou social, colocando-o numa posição muitas das vezes, de submissão.
C	Paciente é aquela pessoa que necessita de cuidados, podendo ser nos âmbitos social, biológico, espiritual, entre outros.
D	Paciente é alguém que precisa de cuidados, cuidados no sentido amplo da palavra, cuidados com a saúde, com o psicológico, cuidados no ato de educar para a saúde.
E	Ser um paciente é passar por um momento difícil, independente do motivo, pois há algo que não podemos resolver sozinhos e devemos confiar a outros nosso cuidado, o que nem sempre é feito da maneira mais adequada.
F	O paciente pra mim é um ser humano que necessita de cuidados especiais naquele determinado momento.
G	Paciente é uma pessoa que não possui saúde, isto é, algum determinante da sua saúde esta prejudicado; seja seu corpo físico, mental/psíquico ou social (lazer, habitação, trabalho, etc), que assim precisa de atenção e assistência.
H	O paciente é um indivíduo que está em situação vulnerável e necessita de cuidados para o restabelecimento de suas funções físicas, sociais ou psíquicas.
I	Paciente é aquele que fica esperando alguma coisa acontecer (...). Assim, podemos ter paciente como aquele cliente que é submetido por uma equipe e que fica dependente desta, não participando do processo em que deveria ser o protagonista. Gosto muito de utilizar o termo “cliente” pois transfere ao mesmo, a responsabilidade e autonomia na tomada de decisões sobre sua saúde e sua vida.

Quadro 3 – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 2: . Comente sobre o que é ser um paciente

Participante	Resposta sobre o significado da espiritualidade	Resposta sobre o significado de humanização
A	Espiritualidade é você acreditar em algo superior a nossa existência, algo que rege sua vida sem você a ver.	Humanização é você fazer o bem a qualquer pessoa independente de quem seja e de como ela é.
B	É um estado, uma condição subjetiva do ser que, a depender do contexto da pessoa, pode se apresentar de forma positiva ou negativa.	Humanização é tratar o outro de forma a garantir todos os direitos que um ser humano tem, sobretudo tratando de forma respeitosa.
C	Espiritualidade: acreditar que existe algo além do biológico.	Humanização: tratar as pessoas sabendo que são seres biopsicossociais.
D	Espiritualidade é a crença pessoal, é a sintonia do ser consigo e com seu “deus”, sua fé.	Humanização é o ato de ter um olhar individual para cada pessoa e entender que cada pessoa tem sua necessidade e características próprias.
E	(...) espiritualidade é um conjunto de fatores que envolve o bem estar psicológico, a crença em algo que não necessariamente está ligado à religião e também a um estado de tranquilidade interior que colabora para o enfrentamento de alguma situação.	A humanização para mim refere-se ao atendimento do indivíduo como único, com suas particularidades e contexto de vida.
F	Espiritualidade é você trabalhar junto a crença do paciente, você respeitar os seus valores, e não querer impor os nossos valores agregados a ele.	Humanização é você atender o paciente com a melhor arma que possa existir, o respeito. (...) é tratar o próximo com respeito, atenção e tentar fazer o que consideramos de melhor, sem ultrapassar os valores da família e do próprio paciente.

G	Entendo espiritualidade por estar bem ou mal consigo e com os outros, sentir o que pensa, o que gosta e o que quer.	Humanização é ter respeito e fazer o melhor possível para o outro, pensando nos seus sentimentos, no indivíduo e nas pessoas envolvidas em tal situação; não os prejudicando e não os fazendo sofrer.
H	Acreditar e vivenciar um poder superior que sustenta e equilibra o viver.	
I	Espiritualidade é aquilo que nos move, que deixa nosso corpo funcionar, que nos permite participar da vida e interagir nela. É aquilo que está além do físico, do mental e do psicológico – é um elo entre estas três dimensões que permite a dinamicidade da existência de cada ser.	

Quadro 4 – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 3: O que você entende por espiritualidade? O que você entende por humanização?

Participante	Resposta sobre o significado da espiritualidade na assistência de enfermagem	Resposta sobre as situações
A	Existe, principalmente por parte do paciente.	Muitos se apegam a ela para se tratarem de uma doença. Ou em outras situações como cirurgias e exames.
B	Sim.	Acredito que em situações onde o prognóstico de um determinado paciente não é muito bom, e mesmo assim ele acredita na melhora de suas condições, principalmente demonstrando muita confiança no trabalho da equipe de enfermagem quanto dos outros profissionais.
C	Existe.	Quando o paciente está em fase terminal, a enfermagem deve respeitar e/ou buscar o espiritual.
D	Penso que cada um carrega sua espiritualidade. Ela pode ou não existir na enfermagem dependendo do profissional que atua.	
E	A espiritualidade existe na assistência de enfermagem mas acredito que perde um pouco da atenção por causa do atendimento que visa o que é mecânico e às vezes menospreza o subjetivo.	
F	Eu acredito que sim, pelo menos sinto que sim.	Acredito que a principal situação em que a enfermagem trabalha com a espiritualidade, é quando se trata da morte. Nós somos seres humanos que queremos viver, ninguém se cuida porque quer morrer, eu acho que no momento que a morte fica próxima, todos nós lembramos de Deus, que ele existe, ou não, mesmo que seja para brigarmos com ele, lembramos que ele existe. A família do paciente também costuma se apegar muito as crenças religiosas no momento da morte.
G	Sim. Acredito que a espiritualidade está relacionada com empatia, assim quando nos colocamos no lugar do outro, acabamos vendo e até sentindo o que a pessoa está	Uma situação em que ocorre muito isso é na morte, pensamos na pessoa não só como um corpo, mas sim como um espírito que irá para algum lugar.

	passando.	
H	Depende do profissional	às vezes o profissional de enfermagem identifica a necessidade de falar com o paciente.
I	Infelizmente, não acredito que se considere a espiritualidade no cuidar, a não ser uma espiritualidade entendida simplesmente como religião, assim como o catolicismo etc.	

Quadro 5 – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 4: A espiritualidade existe na assistência de enfermagem? Se sim, em quais situações? (descreva pelo menos uma situação)

Participante	Resposta sobre agir com o paciente e família em situação de doença, sofrimento ou morte
A	Conversaria com ele e explicaria toda a situação existente e tudo que poderia acontecer, seria bem claro, mas não o deixaria passar por isso sozinho. Daria todo o apoio necessário antes, durante e após essa fase de sua vida.
B	Em todas as situações o paciente e a família devem participar das escolhas, assim incluiria os mesmos no processo de tal forma que juntos chegaríamos num consenso para encontrar uma melhor forma de cuidar desse binômio.
C	Tentaria trabalhar com outros profissionais (psicologia, terapeuta ocupacional), e questionar a família em relação à religião.
D	Eu procuraria entender quais são as crenças dessa família e dessa pessoa para basear meus argumentos e palavras de conforto no que é real para a pessoa.
E	Ouviria o paciente e família, tentando proporcionar 'conforto', sendo sincera sobre o estado do paciente e tentando mostrar uma situação de enfrentamento.
F	Primeiramente eu tentaria ouvi-los, não sou eu nesse momento que preciso desabafar, são eles que estão passando pela dificuldade de perda e luto. Não posso também querer que eles pensem como eu, por isso acredito que escutar e tentar entender a sua posição é a melhor forma de agir. E tratar o paciente com carinho, respeito e atenção.
G	Tentaria agir com a maior humanização que conseguisse; fazendo o possível para terem o mínimo de sofrimento.
H	Conversaria com o paciente e familiares e escutaria seus desejos, muitos não gostam de falar sobre a iminência da morte.
I	Eu acredito que cumpriria com meu trabalho eticamente, orientando o que fosse necessário, deixando as situações o mais claramente possível e não desconsideraria a importância da fé no enfrentamento dos problemas.

Quadro 6 – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 5: Como você agiria, com o paciente e a família, em uma situação que houvesse doença e sofrimento, e mesmo com a iminência de morte do paciente?

Participante	Resposta sobre a contribuição da religião na promoção da saúde
A	Sim, pois a religião em certas famílias e pessoas é o que comanda a vida. É como se fosse o dia-a-dia. Sendo assim, ela tem muita influência na promoção da saúde. Ela ajuda no viver e sabe como dar um 'UP' no cuidar de sua saúde.
B	Sim, porque se pensarmos num conceito ampliado de saúde, veremos que a religião faz parte, pois quer queira quer não, as ações que as diversas formas de religião podem proporcionar seja com seus cultos, rezas, etc; pode favorecer para a saúde do paciente.
C	Com certeza. A religião pode ser um forte fator para contribuir com a saúde do paciente, pois as pessoas religiosas são muito 'influenciadas' por ela (religião).
D	Existem estudos que dizem que pessoas que acreditam em alguma coisa, que tem alguma fé, se recuperam mais rápido do que as que não crêem, eu acredito que a fé possa diminuir a situação de stress e assim, acontecer uma melhora do sistema

	imunológico. Sendo assim, qualquer pessoa que esteja despreocupada com sua situação de risco pode ter uma melhora, mas sem dúvida, acreditar em 'algo' faz com que a situação de stress melhore.
E	A fé do paciente pode contribuir para a promoção da saúde, pois isso é algo que o estimula a buscar caminhos para seu tratamento ou até mesmo prevenção; a religião em si, não.
F	Não. Acredito que a maioria das pessoas se apega a religião quando tem uma doença instalada, acredito que não contribua na promoção da saúde.
G	Sim, por que pode ser que através da religião as pessoas podem adquirir hábitos saudáveis de vida e ter melhor qualidade de vida.
H	Creio que a religiosidade pode contribuir sim e muito, pois acreditar em algo (Deus, Poder Superior, Santos) nos fortalece.
I	Claro! A religião e a fé são fundamentais para auxiliar a manutenção da vida, especialmente na manutenção da saúde mental, porque ela serve como "válvula de escape" ou como estratégias sólidas de enfrentamento das dificuldades.

Quadro 7 – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 6: A religião pode contribuir na promoção da saúde? Por quê?

Participante	Resposta sobre a abordagem da espiritualidade na graduação	Resposta sobre o ensino da espiritualidade na formação de enfermeiros
A	No ensino da graduação, poucas, mas poucas vezes, eu percebi a abordagem da espiritualidade. Vi e ouvi comentários, mas em momento algum foi trabalhado a finco sobre esse 'tema'. Houve uma breve conversa sobre morte em uma disciplina onde acabamos discutindo, mas em segundo plano, a espiritualidade dos pacientes de cuidados paliativos.	
B	Ocorreu de forma sutil, abordando mais a questão da valorização dos aspectos espirituais que cada pessoa traz.	É de extrema importância para a nossa formação, pois ainda temos muita dificuldade de lidar com questões que envolvem a espiritualidade. Muito disso por termos a dificuldade de enxergar que o estado espiritual de alguém contribui de maneira positiva ou negativa na vida de uma pessoa.
C	A espiritualidade não foi abordada na graduação	(acredito que o ensino dela seria muito importante, pois qualificaria o profissional enfermeiro no tratamento/cuidado ao paciente).
D	A espiritualidade não foi abordada	mas acredito que seria bom que fosse para que pudéssemos entender e respeitar a espiritualidade dos nossos pacientes.
E	A espiritualidade não foi abordada na graduação, foi citada como ítem de roteiro de coleta de dados.	Acredito que espiritualidade não se ensina mas é válido para a formação profissional. Discutí-la com olhar mais atento, pois esse é um fator que influencia tanto no tratamento do paciente como no trabalho do enfermeiro.
F	Até o presente momento tive momentos esparsos sobre espiritualidade, tive aula com alguns professores, que acredito nem faça parte das disciplinas, são momentos que eles acreditam ser importantes para nós, mas isso pessoalmente falando, sem nada muito	

	formal. Sempre informalmente.	
G	Penso que este assunto não foi muito abordado na graduação, sendo trabalhado somente dentro de algum tema de trabalhos ou seminários.	Acredito que é um assunto que merecia mais atenção e espaço na nossa formação, devido nos deparamos com ele depois no campo de trabalho e não estarmos preparados.
H	A espiritualidade não foi abordada em nenhum momento do nosso curso, apenas um breve contato com "cuidados paliativos" no decorrer do estágio de Saúde da Mulher, desenvolvido no 8º andar do HC.	
I	Sim. A questão espiritual vem sendo abordada principalmente na disciplina de didática, mas de forma bem sutil, dependendo ainda de certo amadurecimento dos alunos para este tema e sua importância na formação para a saúde. Este, assim como alguns outros temas, são substancialmente negligenciados principalmente pelos alunos.	

Quadro 8 – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 7: Discorra sobre se a espiritualidade foi abordada no curso de graduação. E qual sua opinião sobre o ensino dela na formação de enfermeiros

Participante	Resposta sobre como gostaria de ser atendido pelos profissionais de sua futura profissão.
A	Eu gostaria de ser atendido respeitosamente, sendo feito por mim o que eu faria por mim e pelos outros. Aceitando meu jeito e minhas opções. Mostrando que o cuidado que me está sendo prestado é valorizado e de bom grado.
B	Ser tratado com educação, respeito, sinceridade são princípios que todos desejam receber num atendimento, seja qual for a natureza.
C	Gostaria de ser atendida com respeito, carinho e de forma humanizada.
D	Gostaria de ser atendida de modo que olhassem para minha individualidade e que respeitassem minhas escolhas. Penso que seria importante o calor humano, a linguagem corporal, o afeto e o respeito.
E	Com mais atenção no paciente como indivíduo, e não como 'mais um leito'.
F	Espero no futuro poder contar com uma enfermagem "humana" que consiga nos dar atenção, nos tratar com respeito, carinho, e nos tratar como seres humanos mesmo, não como bichos, ou simplesmente um obstáculo para receber o salário. Eu gostaria de ser tratada como eu trato os meus pacientes.
G	Gostaria de ser atendida com respeito, humanização, carinho e por profissionais comprometidos, responsáveis, capazes e competentes.
H	Gostaria de ser atendida com respeito e consideração pela minha espiritualidade, que existe, independente da religião que professo.
I	Gostaria que os profissionais me atendessem com carinho e respeito.

Quadro 9 – Representação qualitativa das falas dos enfermeiros participantes sobre a questão 8: Comentário livre sobre como você gostaria de ser atendido pelos profissionais de sua futura profissão

ANEXO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA-AÇÃO NA ENFERMAGEM: HUMANIZAÇÃO E ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

Pesquisador: GISELE COSCRATO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 08787512.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 169.174

Data da Relatoria: 30/11/2012

Apresentação do Projeto:

Não se aplica.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Os pesquisadores apresentaram os requisitos solicitados nos pareceres anteriores (riscos, benefícios, instrumento para coleta de dados, esclarecimento acerca do relação de autoridade).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa adequado, conforme os requisitos éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: 1636-0233 **Fax:** 1636-0205 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer do colegiado.

RIBEIRAO PRETO, 11 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Lucila Castanheira Nascimento
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: 1636-0233 **Fax:** 1636-0205 **E-mail:** cep@eerp.usp.br