

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**MARCAS DA AÇÃO PROFISSIONAL E SUAS
RELAÇÕES COM A FORMAÇÃO INICIAL: O
QUE DIZEM AS ENFERMEIRAS**

JACQUELINE DE MELLO LIBARDI

**PIRACICABA, SP
2016**

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**MARCAS DA AÇÃO PROFISSIONAL E SUAS
RELAÇÕES COM A FORMAÇÃO INICIAL: O
QUE DIZEM AS ENFERMEIRAS**

JACQUELINE DE MELLO LIBARDI

ORIENTADORA PROFA. DRA. IDA CARNEIRO MARTINS

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Metodista de Piracicaba, na área de Práticas Educativas e Relações Sociais no Espaço Escolar e não Escolar, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Educação.

**PIRACICABA, SP
2016**

JACQUELINE DE MELLO LIBARDI

MARCAS DA AÇÃO PROFISSIONAL E SUAS RELAÇÕES
COM A FORMAÇÃO INICIAL: O QUE DIZEM AS
ENFERMEIRAS

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Metodista de Piracicaba, na área de Práticas Educativas e Relações Sociais no Espaço Escolar e não Escolar, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Data da defesa: 28 / 04 / 2016

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ida Carneiro Martins (Orientadora)
Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP

Profa. Dra. Regina Maria Rovigati Simões (membro)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Prof. Dr. Thiago Borges de Aguiar (membro)
Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP

A

Júlio e Luciléia Libardi

meus queridos pais que sempre acreditaram
em meu potencial e sempre batalharam
pela minha causa.

Ao meu querido

Rafael Rodrigues

marido e companheiro
sempre ao meu lado, dando apoio
e todo carinho que eu precisava.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu a vida e me fortalece a cada dia.

À minha família, que me apoiou em toda minha trajetória acadêmica. A minha irmã Juliana e ao meu cunhado Filipe Maia.

Ao meu querido marido Rafael, pelo apoio em todo o processo.

À minha querida orientadora, que me acolheu, me ensinou a não desistir e a buscar meus objetivos com excelência.

À banca querida pela aceitação e pelos ensinamentos, o meu muito obrigada a Profa. Dra. Regina Simões e ao querido Prof. Dr. Thiago Borges de Aguiar

As minhas colegas de trabalho, que me apoiaram e me ouviram explicar com entusiasmo sobre teóricos, filósofos e sobre os grandes feitos de Paulo Freire.

Aos meus colegas da pós-graduação, em especial a minha amiga Aurea Pereira e a minha amiga Viviane Luiz que me ajudaram a compreender o mundo da educação.

Aos meus queridos professores, que com dom que ensinam, facilitam o aprendizado.

Agradeço à minha querida prima Patrícia Libardi, pelo apoio.

Agradeço à Universidade e aos funcionários da secretaria do mestrado, em especial a Elaine, que sempre estão prontas a nos ajudar.

Agradeço a Paulo Freire (in memória) por me encantar e nele encontrar as grandes fontes de meu trabalho e de minha vida.

Agradeço a todos do fundo do meu coração!

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria” (FREIRE, 1996, p.160)

"Mas em nada tenho a minha vida por preciosa, contanto que cumpra com alegria a minha carreira, e o ministério que recebi do Senhor Jesus, para dar testemunho do evangelho da graça de Deus". ATOS 20:24

RESUMO

Na atuação da enfermagem é preciso que se reconheça a existência dos âmbitos preventivos e curativos, assim como as relações entre saúde e doença. De um lado, o preventivo enfatiza a promoção da saúde, do outro, as medidas curativas decorrentes do enfrentamento de doenças. Nem sempre a formação inicial em enfermagem aborda, satisfatoriamente, os conhecimentos necessários de modo a possibilitar a adequada inserção das profissionais no âmbito do trabalho. Nesta dissertação trataremos do âmbito curativo, as enfermarias de clínica médica, cirúrgica e pediátrica. Observando tais aspectos, temos como objetivo apreender, a partir de depoimentos de egressas dos cursos de ensino superior de enfermagem, as marcas e tensões relacionadas à ação profissional no âmbito curativo e as relações que estabelecem entre os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas na formação inicial e o seu processo de atuação profissional e, para tal, nos apoiamos em princípios explicitados na teoria de Paulo Freire. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais com roteiros estruturados compostas por perguntas sobre a trajetória da formação inicial e da atuação profissional. Foram entrevistadas sete enfermeiras assistenciais que atuam nas enfermarias de clínica-médica, clínica-cirúrgica e pediátrica. Para a interpretação dos dados obtidos, nos apoiamos na análise de conteúdo de Moraes (1999), e no enfoque das teorias de Paulo Freire, na qual extraímos categorias temáticas pré-selecionadas a partir desta teoria, em especial, aquelas relativas à Constituição Profissional, ao Diálogo e à Práxis, que foram obtidas em três de suas obras, sendo elas: *Pedagogia do oprimido* (1983), *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar* (1994) e *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (1996). Através das análises realizadas podemos considerar que as enfermeiras apresentam indícios em seus depoimentos de marcas e tensões em relação à constituição profissional, sendo que três aspectos que estão bem delimitados: a escolha profissional se delimitou como uma opção em cuidar do outro e traz forte carga humanista; a formação inicial se apresentou como distanciada do campo de ação profissional o que dificultou a inserção no âmbito curativo; em especial esta condição acabou por gerar medo e insegurança para a atuação, considerando-se a complexidade de ações necessárias no âmbito hospitalar. Concluímos que o que marca os depoimentos das enfermeiras considerando-se a práxis da atuação no âmbito hospitalar pode ser observado que: estas profissionais refletem sobre a sua ação profissional, modificando tanto as técnicas como os modos de se relacionar com os pacientes; que as mesmas são comprometidas profissionalmente, mas que tal compromisso está mais voltado à melhoria das condições daquele que atende e não de suas condições de trabalho; se verificarmos tais marcas poderemos perceber que há um tensionamento, que acaba por determinar uma condição de impedimentos de efetivas mudanças relacionadas à atuação destas profissionais, não permitindo que propiciem e imponham condições de superação dos modos de vivenciar a profissão. A enfermeira deve ser, portanto, uma educadora, transformadora, emancipadora e libertadora que almeja a mudança de comportamento dos pacientes e de suas condições de trabalho, o que pode se dar a partir da transformação e recriação da realidade instituída.

Palavras-chave: Enfermeira Assistencial; Formação Inicial; Atuação Profissional; Paulo Freire.

ABSTRACT

In the work of nursery it is necessary to recognize the existence of a preventive and a curative sphere as well as the relations between health and disease. On the one hand, preventive care emphasizes health promotion, on the other hand, curative measures result from treating a disease. Not always the initial formation in nursery satisfactorily treats the knowledge necessary to assist professionals in their insertion in the work environment. In this dissertation I address the curative sphere, the infirmary in medical clinic, surgery, and the pediatric ward. Observing such aspects, my aim is to apprehend, working with interviews with recent graduates in nursing programs, the marks and tensions related to their professional performance in the curative care and the relations that they establish between their acquired knowledge and the lived experiences in their initial formation and during the process of their professional performance and, for that purpose, I rely on the principles made explicit in Paulo Freire's theory. Data collection was realized by means of individual interviews with a structured script. Seven nurses were interviewed who work in the area of curative care, in the medical-clinic, surgery-clinic, and pediatric wards. To interpret the data obtained from the interviews, I relied in the content analysis provided by Moraes (1999) and on the focus provided by Paulo Freire's theory from which I extracted pre-selected thematic categories, particularly those related to Professional Constitution, from Dialogue to Praxis, both of which obtained from three of his works, namely, *Pedagogia do Oprimido [Pedagogy of the Oppressed]* (1983), *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar [Teacher yes, Aunt No: letters to those who dare teaching]* (1994), and *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa [Pedagogy of Autonomy: necessary knowledge for educational practice]* (1996). From the analyses of the interviews, one can consider that nurses show, in their interviews, signs of marks and tensions in relation to their professional constitution, particularly in three clearly defined aspects: their professional choice was limited to the care of others and contained a deep humanistic vein; the initial formation was distant from the field of professional performance, which made the nurse's insertion into curative care difficult; especially, this condition resulted in fear and insecurity for the nurse's performance given the complexity of the demands of the hospital setting. Concluding from the marks of the reports provided by the nurses considering the praxis of the performance in the hospital setting, I observe that: these professionals reflect about their professional performance, modifying both techniques and modes of relating with patients; they also are professionally committed, but said commitment is directed toward the improvement of the patient and not of the work conditions necessary to achieve this goal; once we verify these marks we can perceive that there is a tension that ends up hindering effective changes related to the performance of these professionals, forbidding them from fostering and setting up the conditions to overcome the ways of experiencing their profession. The nurse must, therefore, be an educator, transformer, emancipator and liberator that seeks the change of the behavior of their patients and their work conditions, something that can take place beginning with the transformation and recreation of the established reality.

Keywords: Assistant Nurses; Initial Formation; Professional Performance; Paulo Freire

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Critérios de Inclusão das enfermeiras entrevistadas	58
Tabela 2	Características das Enfermeiras entrevistadas	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	A promoção da Saúde e os níveis de prevenção segundo Leavell & Clark 1965	27
Quadro 2	Sistema de Classificação de Pacientes por Complexidade Assistencial	31
Quadro 3	Categorias pré-estabelecidas por pressupostos de Paulo Freire	49
Quadro 4	Análise de conteúdo Moraes (1999)	56

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
- APS – Atenção Primária de Saúde
- ASS – Atenção Secundária de Saúde
- ATS – Atenção Terciária de Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CASAP – Centro de Atenção à Saúde do Adolescente de Piracicaba
- CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
- CES – Câmara de Educação Superior
- CFE – Conselho Federal de Educação
- CNE – Conselho Nacional de Educação
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- COREN – Conselhos Regionais de Enfermagem
- CPP – Cuidado Progressivo ao Paciente
- DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais
- DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
- E1 – Entrevistada 1
- E2 – Entrevistada 2
- E3 – Entrevistada 3
- E4 – Entrevistada 4
- E5 – Entrevistada 5
- E6 – Entrevistada 6
- E7 – Entrevistada 7
- ER – Emergency Room
- FNE – Federação Nacional dos Enfermeiros
- IDAC – Instituto de Ação Cultural
- LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- MEC – Ministério da Educação
- PSF – Posto de Saúde da Família
- PUC – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- SCP – Sistema de Classificação de Pacientes por Complexidade Assistencial

SESI – Serviço Social da Indústria

SMEEd-SP – Secretaria Municipal de Educação do Estado de São Paulo

SME – Secretaria Municipal de Educação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIASSELVI – Universitário Leonardo da Vinci

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNIMEP – Universidade Metodista de Piracicaba

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO EM ENFERMAGEM	21
2.1. A FORMAÇÃO ACADÊMICA DA ENFERMEIRA	21
2.2. A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA	26
3. A TEORIA DE PAULO FREIRE E AS CATEGORIAS DE ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS DAS ENFERMEIRAS	39
3.1. BIOGRAFIA	39
3.2. A TEORIA DE PAULO FREIRE	41
3.3. AS CATEGORIAS PRÉ SELECIONADAS	47
4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS	56
4.1. TIPO DE ESTUDO	56
4.2. UNIVERSO DA PESQUISA	57
4.3. ENTREVISTAS	58
4.4. ANÁLISE DOS DADOS	59
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
7. REFERENCIAS	88
ANEXO 01	COMITÊ DE ÉTICA DE PESQUISA
ANEXO 02	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
APÊNDICE 01	ENTREVISTAS PILOTO
APÊNDICE 02	QUESTIONÁRIO
APÊNDICE 03	ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. INTRODUÇÃO

Iniciarei a introdução deste trabalho descrevendo como a enfermagem chegou a minha vida, por acreditar que esse percurso compõe o meu olhar sobre o todo.

Sempre estudei em um colégio particular e meus professores tinham um diferencial, afirmavam que não ensinavam para passar no vestibular, mas sim para a vida, sendo uma instituição comprometida com a formação humana. Chegando ao terceiro colegial tive que decidir o que seria no futuro, hoje penso: - Como uma adolescente sabe o que quer para a vida toda? A família e os amigos interferiram bastante nessa decisão, todavia algo me instigava.

Sempre gostei de cuidar de pessoas e quando alguém de minha família estava internado era eu quem acompanhava. Apreciava assistir a séries televisivas como *Grey's Anatomy*, *E.R – Emergency Room e House*, o que me fazia acreditar que eu queria ser médica. No entanto, fui estudando o que os médicos faziam, acompanhava familiares em consultas médicas e percebi que não era aquilo que eu queria. Foi neste contexto que comecei a reparar na ação da enfermagem, no cuidado, na cumplicidade com o enfermo e pensei: - Serei enfermeira!

Assim, prestei vestibular na Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Meu primeiro dia de aula não foi o dos melhores, afinal era um mundo novo, um ambiente diferente daquele que passei meus últimos quinze anos. Uma sala com oitenta alunos, idades diferenciadas e quando nos apresentamos me assustei, ainda mais, pois sessenta por cento dos alunos já eram profissionais da área, trabalhavam e tinham certo conhecimento, pois eram auxiliares ou técnicas de enfermagem.

Porém, na última aula, depois da recepção, das palavras de boas-vindas e apresentações, uma professora começou o seu discurso nos falando o porquê ela decidiu ingressar na enfermagem. Ela falou da arte do cuidar, do amor, do afeto, da cumplicidade. Contou-nos com amor como a enfermagem se iniciou, me emocionei e tive a convicção que eu estava no lugar certo.

Foram quatro anos de muito aprendizado, posso dizer que não foi fácil, ainda mais em uma classe que “dominava” a profissão. Os estágios eram complexos, porém sentia segurança com o professor que estava o tempo todo ao nosso lado. Eram horas no laboratório de enfermagem com os bonecos, desenvolvendo técnicas e aprendendo a evitar contaminações. Posso dizer que sou grata, até hoje, a uma professora de microbiologia que nos colocou esta grande preocupação.

Minha turma era sempre dividida em quatro grupos, sendo assim comecei a compreender a falta de união da classe de enfermagem, quero dizer classe no sentido de profissão. Lutamos contra essa divisão, eu e algumas companheiras, mas não conquistamos sucesso e acabamos por aceitar a forma como estava e nos unimos nesse pequeno grupo, na busca de melhor formação. Enfim, enfermeiras! Venci os obstáculos, cheguei à formatura e fui indicada por meus colegas para ser a oradora da turma, fiquei muito honrada, foi uma conclusão especial. Nem todos, por razões diversas, alcançaram este resultado, pois alguns desistiram e outros foram reprovados em alguns módulos.

Durante a graduação realizei três iniciações científicas, sempre gostei de ir além dos conhecimentos da sala de aula, tendo sido esse o grande diferencial do colégio que eu estudava. Lá fiz iniciação científica desde a sétima série, o que continuei desenvolvendo na graduação, pois queria a realização profissional, mas também, o desejo de seguir uma vida acadêmica, minha matéria favorita era obstetrícia, pois adorava cuidar de gestantes. Estagiei no Centro de Atenção à Saúde do Adolescente de Piracicaba (CASAP), onde fazia o pré-natal juntamente com outras profissionais, acompanhava o médico nas consultas e colhia o Papanicolau. Com isso desenvolvi um projeto sobre o cuidado com as gestantes e a importância da música no processo da vivência gestacional. Queria trabalhar com a música durante a gestação e na hora do parto estudava muito sobre musicoterapia e a sua importância para o desenvolvimento fetal. Sou musicista desde os seis anos, quando iniciei o violino, e, aos quinze anos, mudei para flauta transversal, que toco até hoje.

Com esse projeto, entrei em contato com os professores de uma universidade e fui aceita por uma orientadora do curso de mestrado, ela gostou de meu projeto e a ideia que queria abordar, porém me fez uma pergunta que mudou a minha trajetória: - Quantos anos de experiência você tem na área? E minha resposta: - Eu me formo no fim do ano. Ela retornou meu e-mail dizendo: - Quando completar dois anos de experiência na área de enfermagem – se referindo à atuação em hospitais –, você me procura que adorarei ser sua orientadora. Aquele e-mail me entristeceu, não conseguia entender o motivo. Eu não queria atuar em hospitais, queria ser professora, queria ser pesquisadora e decidi, então, seguir um caminho oposto.

Logo que me formei me escrevi na pós-graduação em Urgência e Emergência Intra e Extra Hospitalar – UNIMEP, fui da primeira turma, a enfermagem possui um grande leque de oportunidades, o que possibilita a atuação em diversas áreas. O curso com duração de 18 meses me abriu portas a meu primeiro emprego e fui trabalhar no

resgate em rodovias, salvei muitas vidas e me senti muito bem com isso, porém um vazio me incomodava, percebia a falta de algo.

Quando conclui o curso fui chamada por uma escola técnica da cidade para ministrar aulas de Primeiros Socorros e lá me realizei, pois sempre soube que a sala de aula fazia parte de meus desejos. Dei aulas para sete cursos e como cobrança da escola, além de ter a pós-graduação, deveria cursar licenciatura. No ano seguinte, me escrevi na Pós-Graduação em Docência no Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI). Eram aulas aos sábados e durante estas me questionava: - Porque não faço o que aquela professora me falou? Nesse mesmo ano fui chamada para trabalhar como Enfermeira¹ Supervisora em hospital de grande porte na cidade, sendo a primeira supervisora do período da tarde na instituição e, assim, cumpri os dois anos como havia recomendado aquela antiga orientadora.

Foram os dois anos mais difíceis da minha vida, porque o que eu havia estudado, até então, não se apresentava do mesmo modo na prática e ação profissional, a condição era outra. A técnica era a mesma, porém os pacientes eram diferentes e as patologias sobre as quais havia lido nos livros estavam na minha frente, à espera de cuidado. Lembrava-me muito do que minhas amigas falavam durante a graduação, para sobreviver no hospital era preciso tratar bem os técnicos de enfermagem. Segui as recomendações e aprendi muito com as técnicas, pois elas sabiam bem a prática, sendo que para a enfermeira o diferencial era a teoria, ou seja, eu sabia o porquê fazer, mais não tinha prática de como fazer. Mesmo frente aos problemas que tive, o que foi difícil eu aprendi, e hoje me tornei essa profissional devido à luta e perseverança, mas, também, com o aprendizado que tive de cada um deles.

Passaram três anos de experiência na área e decidi me inscrever no mestrado, surgiu então a dúvida: - Em que área seguir? Não queria voltar à área de obstetrícia, pois a realidade que eu estava vivenciando era outra, trabalhando com pacientes clínicos e cirúrgicos, sendo que as áreas de atuação do mestrado eram voltadas à oncologia, pacientes ostomizados, curativos, psiquiatria, não era o que eu desejava. Até que eu descobri o mestrado em Educação da UNIMEP, no início fiquei na dúvida, não sabia que, eu como enfermeira poderia cursar mestrado em educação, mas conversando com a coordenadora do curso da época e com algumas professoras eu me decidi, pois elas me falaram do curso e de como ele seria bom à minha formação.

¹ Neste trabalho, apesar da presença de profissionais do sexo feminino ou masculino optou-se pela utilização do termo “enfermeira” em consideração à constituição histórica da profissão.

No ano de 2013 me escrevi para o mestrado em Educação na UNIMEP, elaborando o meu projeto relacionado à formação do enfermeiro e me escrevi no núcleo de práticas educativas, mas não passei. Após a reprovação não desisti, conversei com uma professora da graduação de enfermagem e reformulei meu projeto. Objetivei falar da formação acadêmica em enfermagem e de sua importância na formação de novas enfermeiras e, desta vez, como a temática era relativa à formação candidatei-me no núcleo de Formação de Professores.

Passei e fui direcionada para o núcleo de Práticas Educativas, foram experiências incríveis, dois anos passaram muito rápido, na verdade, um ano e meio de conhecimentos, sendo as aulas muito densas e os professores excelentes. As aulas da Profa. Dra. Luzia “Filosofia da educação: ética, estética e educação” foram muito interessantes, pois me permitiu conhecer um autor que nunca havia estudado, Walter Benjamin. Nesta disciplina, nos unimos e publicamos o livro “Descortinando e desconstruindo olhares e leituras sobre Walter Benjamin”.

Lembro-me muito, também, da aula da Profa. Dra. Inês “Desenvolvimento humano e teorias pedagógicas”, indico a todos que não tiveram contato com a educação, pois a professora conseguiu nos ensinar e nos mostrar os autores mais estudados no núcleo de pesquisa, fazendo com que eu conhecesse mais nessa nova área de estudo.

As aulas da Profa. Dra. Roseli “Necessidades formativas de professores” foram ótimas para meu aprendizado em sala de aula, em como me comportar como docente, como elaborar uma boa aula, como julgar bem os autores que estudo, pois a professora criava um ambiente propício às perguntas e participações, tirando as dúvidas que trazíamos. Foram aulas muito bem aproveitadas. As aulas nos núcleos e as participações Internúcleo foram muito relevantes, pois os professores e alunos me fizeram crescer a cada apresentação.

Minha formação não está completa, mas está se adensando e me possibilitando ser uma educadora cada vez mais preocupada com a formação do profissional, de modo que o cuidar seja sempre um privilégio maior para quem cuida.

Tendo explicitado brevemente o meu percurso, passo agora a apresentar a presente dissertação e, não mais sendo uma abordagem de minha trajetória, já não mais me refiro a ela de maneira pessoal. Assim, sendo um trabalho conjunto, passo a descrevê-la na primeira pessoa do plural.

Trataremos nesta dissertação sobre a formação inicial da enfermeira e a sua relação com a atuação profissional, abordaremos o foco curativo, que quer dizer que o cuidado será direcionado aos hospitais, especificamente, trataremos sobre o cuidado da

enfermeira aos pacientes nas enfermarias, pois este é o local onde se dá o maior tempo de internação dos enfermos, com a presença de seus familiares em boa parte do tempo e, também, por se tratar do espaço onde as profissionais de enfermagem assistem a evolução do tratamento junto ao paciente, administrando todos os aspectos neles envolvidos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatiza a necessidade da área hospitalar oferecer um serviço de qualidade para a população, porém os hospitais vem enfrentando inúmeras dificuldades, como a escassez de recursos humanos, financeiros e materiais, o que vem dificultar o alcance destes objetivos. Mesmo assim, as instituições hospitalares, no desejo de atingirem uma maior qualidade no cuidado assistencial, buscam estratégias para a elevação dessas metas (FUGULIN et al., 1994).

As entidades² que representam as auxiliares, técnicas e enfermeiras apresentam o mesmo tipo de preocupação e alertam a sociedade em relação às precárias condições de trabalho destas profissionais, as quais comprometem a qualidade de atendimento e, por consequência, colocam em risco a vida dos pacientes.

Buscando melhorar tais condições, um grupo de médicos e enfermeiras do Hospital Universitário da USP, iniciaram suas atividades em 1984 e adotaram o cuidado integral a seus pacientes, atendendo às necessidades básicas e enfatizando o autocuidado. Após estudos, seis anos mais tarde, implementaram o Cuidado Progressivo ao Paciente (CPP), que previa a classificação de cada paciente, por complexidade assistencial em cinco categorias: autocuidado ou cuidados mínimos, intermediário, alta dependência, semi-intensivo e intensivo. O sistema é uma avaliação diária das enfermeiras para remanejamento para o melhor cuidado. Em 1994 programaram ações para aperfeiçoar a assistência ao paciente. Dentre elas, criou-se um Sistema de Classificação de Pacientes por Complexidade Assistencial (SCP) (FUGULIN et. al., 1994).

Este sistema é um método para monitorar o cuidado individualizado e integral do paciente, permitindo o redirecionamento da equipe (enfermeiras assistenciais e técnicas de enfermagem) para a atuação no cuidado, realizando uma melhor distribuição de pacientes para cada enfermeira, observando-se os recursos materiais necessários e uma reorientação de toda a equipe envolvida nesse processo.

Na formação inicial em enfermagem, o enfrentamento de tais condições nem sempre são suficientemente abordadas de modo a possibilitar a adequada inserção das profissionais no âmbito do trabalho da abordagem curativa. Especialmente nos anos

² Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e seus Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN).

iniciais, as dificuldades para a atuação profissional são muitas e estas marcam e tensionam os modos de agir das enfermeiras.

Esses aspectos nos suscitaram as seguintes indagações: Quais são as marcas e tensões encontradas nos discursos das enfermeiras sobre a sua atuação profissional no âmbito curativo? Como as condições de trabalho encontradas neste âmbito influenciam os seus modos de atuação? Quais as relações que estas estabelecem entre essas questões e a sua formação inicial?

Buscando algumas respostas, o objetivo desta investigação é apreender, a partir de depoimentos de egressas dos cursos de ensino superior de enfermagem, as marcas e tensões relacionadas à ação profissional no âmbito curativo, e as relações que estabelece entre os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas na formação inicial e o seu processo de atuação profissional e, para tal, se apoiará em princípios explicitados na teoria de Paulo Freire (1983, 1994, 1996).

No encaminhamento desta dissertação e na busca de atender aos objetivos propostos, a composição das seções versou sobre os seguintes temas: a contextualização da enfermagem, a teoria de Paulo Freire e as categorias para a análise dos depoimentos das enfermeiras e, ainda, os pressupostos teóricos metodológicos nos quais se apoiou essa pesquisa.

Assim, na primeira seção tratamos sobre a Formação e a Atuação da Enfermagem, dividimos esta seção em dois subitens relativos, a Formação e sua Atuação e, para tal, nos apoiamos em Kurcgant (1991), Pitta (1991, 1994), Fugulin et al. (1994), Santos (2001), Silva (1998), Costa (2004) e Bublitz (2012).

A segunda seção tratou da teoria de Paulo Freire e, a partir de seus pressupostos as categorias de análise dos depoimentos das enfermeiras. Dividimos esta seção em três partes: a sua biografia na qual descrevemos através do Instituto Paulo Freire por meio de Cosenza (2005), a teoria de Paulo Freire nos baseamos nos livros de Freire (1967, 1983, 1987, 1996), Vasconcelos e Brito (2014), Vale, Pagliuca e Quirino (2009) e Azevedo (2010). O terceiro subitem: As categorias pré-selecionadas selecionadas a partir desta teoria, em especial, nos conceitos relativos à Constituição Profissional, ao Diálogo e à Práxis, obtidos em três de suas obras, sendo elas: *Pedagogia do oprimido* (1983), *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar* (1994) e *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (1996).

Na terceira seção descrevemos os pressupostos teóricos metodológicos, *sendo que os sujeitos da investigação foram enfermeiras assistenciais, que trabalham em hospitais e que têm enquanto preocupação, o cuidado integral e humanizado aos pacientes*

atendidos. Na análise dos depoimentos, obtidos por meio de entrevistas estruturadas, se apoiou na metodologia proposta por Moraes (1999), ou seja, a análise de conteúdo que compõe uma metodologia na qual se escreve e interpreta o conteúdo de toda a classe de documentos e textos, reinterpretando as mensagens, na busca da compreensão de seus significados.

Por último tecemos as nossas considerações finais, revisitando os dados obtidos e apresentamos os nossos principais achados.

Tendo apresentado, a estrutura de nossa dissertação, iniciaremos a exposição do corpo teórico de nosso trabalho trazendo, primeiramente, a trajetória da enfermagem, ou seja, da formação inicial da enfermeira, acreditando que essa discussão contribuirá ao entendimento de sua constituição, em especial, considerando-se a atuação profissional.

2. A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ao se pensar a atuação profissional no campo das ações da enfermagem é preciso reconhecer, os âmbitos preventivos e curativos, assim como, as relações entre saúde e doença, pois a enfermeira é um dos elementos da equipe que é responsável por estes âmbitos de atuação.

Como já apontamos anteriormente nesta dissertação utilizamos o termo “enfermeira”, pois há uma predominância feminina na constituição histórica da profissão, a qual é exercida, em sua grande maioria por mulheres, sendo esta opção também é partilhada por outros autores da área (OGUISSO, 1990).

Para a compreensão do processo de constituição da formação inicial em enfermagem e sua atuação profissional, abordaremos, nesta seção, os seguintes temas: a formação acadêmica da enfermeira e a atuação profissional da enfermeira.

2.1. A FORMAÇÃO ACADÊMICA DA ENFERMEIRA

O ensino da enfermagem começa no período colonial e vai até o final do século XIX em instituições religiosas que não possuíam nenhuma preocupação com um aprendizado teórico-prático, formados por um grupo em sua maioria escravos, que nesta época trabalhavam em domicílios, somente se observava o cumprimento de tarefas diárias relacionadas à assistência ao enfermo como atividades de higiene corporal e do ambiente, acreditava-se que tal condição seria suficiente à formação.

As instituições da época eram como internatos e no processo de aprendizado, exigiam das alunas obediência, dedicação, disciplina e abnegação, qualidades idealizadas pela enfermagem desde as suas origens (GERMANO, 1985).

No ano de 1877 as escolas de enfermagem se espalham por todo o mundo. No Brasil o início da instalação destas instituições aconteceu no final do século XIX, em 1890, com a abertura das Casas de Misericórdia, originadas de Portugal (CARVALHO, 1976).

A formação profissional em enfermagem começou com o atendimento em hospitais civis e militares e, posteriormente, foi dedicada às atividades de saúde pública. A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Rio de Janeiro, fundada em 1890, junto ao Hospício Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior, é de

fato a primeira escola de enfermagem brasileira. Tinha como finalidade preparar enfermeiras para os hospícios e hospitais civis e militares, sendo dotada de uma concepção de enfermagem moderna, pois o currículo era centrado nos aspectos básicos da assistência hospitalar sendo, predominantemente curativa.

Após a fundação da primeira escola de enfermagem no Brasil foram criadas mais sete escolas, que foram relevantes à história do ensino nesta área: Escola do Hospital Evangélico em São Paulo (1901) – que tinha como finalidade habilitar pessoas qualificadas para a atenção à estrangeiros residentes no Brasil; Cruz Vermelha Brasileira (1916) – que habilitava voluntários para as emergências de guerra; Escola Anna Nery (1923); Escola de Enfermagem Carlos Chagas (1933); Escola Paulista de Enfermagem (1939); Escola de Enfermagem de São Paulo - USP (1944); Escola de Enfermagem Luisa de Marillac (1967). Atualmente no Brasil existem mais de 719 faculdades de enfermagem reconhecidas pelo MEC (BRASIL, 2014).

O ensino oficial da Enfermagem foi introduzido em 1923 pelo Decreto n.16300/23, na cidade do Rio de Janeiro, mediante a organização do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), então dirigido por Carlos Chagas e, em seguida, pela Escola de Enfermagem Anna Nery. Tinha como propósito formar profissionais que garantissem o saneamento urbano e internacional que se encontravam ameaçados pela epidemia da época (ITO et al., 2006).

Com as fundações de novas escolas oferecendo o curso de enfermagem, foi necessária a criação de normativas para a sua regularização e, assim, um grupo de enfermeiras se reuniu fundando a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), criada em 1926 pelas primeiras enfermeiras formadas pela Escola de Enfermagem Anna Nery.

No ano de 1939 foi organizada nesta instituição uma Comissão de Educação que tinha a finalidade de acompanhar os projetos para a implantação de novas escolas, sendo denominada Divisão de Educação, para que obedecessem aos mesmos padrões de formação e que tivessem como principal objetivo o cuidado ao próximo, observando-se a excelência de atendimento.

O primeiro Congresso de Enfermagem foi realizado em 1947, com temas ligados ao ensino de graduação em enfermagem. O congresso foi um marco para nortear as escolas e a forma como seria direcionado ao ensino, para que todas as profissionais fossem aptas e qualificadas para as funções. Também foram determinadas as categorias em que cada profissional atuaria, sendo que o curso de curta duração para auxiliares abordaria os cuidados menos invasivos, como banhos, trocas de enxoval da cama, trocas de fraldas. Já os profissionais de curso técnico teriam uma atuação mais evasiva como

punções venosas e preparo de medicações. Os egressos de cursos superiores aprenderiam a gerenciar os auxiliares e os técnicos, colaborando com a direção e administração dos hospitais (CARVALHO, 1976).

Podemos verificar aqui o que é presente até os dias de hoje na atuação em enfermagem; a divisão por categoriais de trabalho de formação diversificada, sendo a decorrente de formação técnica mais enfatizada. Tal condição, também, é resultante da estruturação do Ensino Profissional em nosso país e marca, essencialmente, a profissão de enfermagem.

No ano de 1949 foi promulgada a Lei nº 775 que regulamentou o curso de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem no país. Esta lei veio para formalizar a duração do curso de enfermagem em 36 meses e o do auxiliar de enfermagem em 18 meses, porém ela não normatizou o ensino e as atribuições das categorias. Foi necessária a publicação posterior do Decreto nº 27.426, de 1949, que aprovou o regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem (ITO et al., 2006).

Com a aprovação deste decreto revelou-se o interesse de vários setores, em especial o privado, que visavam à rápida formação de mão de obra a baixo custo, como a do auxiliar de enfermagem, pois necessitavam de um número maior de profissionais para o tratamento terapêutico, liberando a enfermeira para as atividades administrativas, de supervisão e ensino, que lhes eram atribuídas na graduação (KLETEMBERG, 2004).

Observemos que esta estruturação de ensino foi considerada como um progresso, no entanto é importante considerar que “Toda vez, porém, que a conjuntura o exige a educação dominante é progressista à sua maneira, progressista “pela metade”. As forças dominantes estimulam e materializam avanços técnicos compreendidos e, tanto quanto possível, realizados de maneira neutra” (FREIRE, 1996, p. 111).

Tal condição, também foi observada posteriormente, quando em 1955 o exercício profissional da enfermagem foi regulamentado no Brasil pela Lei nº 2.604/55, que descreveu as atribuições dos profissionais da enfermagem, enfatizando aquelas relativas ao ensino. Este foi um período de expansão hospitalar com foco em práticas curativas. Com isso surge o interesse governamental e do mercado de trabalho pela expansão do ensino de enfermagem, pois o número de profissionais atuantes no país não acompanhou o aumento de instituições hospitalares (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Frente a este cenário, em 1962, com essa mudança em 1962, o então Conselho Federal de Educação (CFE) elaborou o Parecer/CFE nº 271/62 que fixava um currículo mínimo para os Cursos de Enfermagem. Nela as atribuições das enfermeiras estavam

claramente definidas para o foco administrativo e supervisão (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

É importante ressaltarmos o ensino, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), ressaltando dados relevantes das bases curriculares, em especial, de três importantes mudanças.

Começaremos com a Reforma Universitária em 1968, resultante do regime militar, norteada por dois princípios, ou seja, o controle das universidades públicas e a formação de mão de obra para economia. Com o surgimento de um “novo” ensino, as modificações não conseguiram ser introduzidas nas universidades federais, o que não atendia a grande demanda para o acesso ao ensino superior. Assim, com a Lei nº 5540 de 28 de novembro de 1968, determinou-se o aumento de matrículas para o ensino superior, em especial, nas instituições privadas (MARTINS, 2009).

Com a reforma a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) reuniu-se com as Escolas de Enfermagem, para revisarem os currículos, observando a nova legislação curricular. Estas mudanças geravam a insatisfação para alguns profissionais, porém, as manifestações só eram feitas por meio de congressos, ciclos de debates e seminários (VALE; FERNANDES, 2006).

Assim, a enfermagem só vem a completar todos os níveis de formação profissional na década de 1970, com os cursos de auxiliar de enfermagem que exigiam somente o ensino médio, com a criação dos cursos de técnicos de enfermagem, implementados juntamente com a reforma dos 1º e 2º graus pela Lei nº 5692/71 e os cursos de graduação com um currículo mínimo, já nos moldes da reforma universitária (VALE; FERNANDES, 2006).

Após dois anos é formalizado um novo currículo mínimo por meio do Parecer/CFE nº 163/72 e da Resolução/CFE nº 04/72, que dispuseram sobre a nova estrutura curricular para o curso de graduação de enfermagem, abrangendo as ciências básicas, as disciplinas profissionais e habilitações específicas de enfermagem (CARVALHO, 1976).

Nas décadas de 1980 e 1990, após a abertura política do país, a ABEn promoveu muitos eventos, seminários, além de inúmeras reuniões para discutirem um currículo mínimo. Durante esse processo, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que teve enquanto proposta a reestruturação do sistema de saúde brasileiro. Dois anos após veio a aprovação da nova Constituição Federal que determinou que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”, o que implica na necessidade de melhorar o processo formativo em enfermagem. As discussões feitas pela ABEn ofereceram subsídios ao CFE

para a formalização do novo currículo em 1994, por meio do Parecer/CFE nº 1721/94 (VALE; FERNANDES, 2006).

Dois anos após a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9394/96, em seu Artigo 53, atribuiu ao MEC a prerrogativa de estruturar os conhecimentos relativos aos cursos de graduação por meio de Comissões de Especialistas de cada área, que estabeleceram as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais para cada curso de formação (VALE; FERNANDES, 2006).

Posteriormente a publicação da LDB, a Resolução CNE/CES nº 03, de 07 de novembro de 2001, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem que traçaram como perfil do egresso uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificando o profissional para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos (VALE; FERNANDES, 2006).

Todavia, as DCNs apoiaram-se na formação e estruturação dos currículos por competência o que, na maioria das vezes, pode estar apenas assumindo uma determinada noção de competência que não caracteriza uma formação relacionada à saúde. Segundo Motta, Buss e Nunes (2001), discutir as competências ou mesmo as habilidades, não quer dizer, necessariamente, negar as DCNs, porém serve para apontarmos ao fato de que o exercício de problematização é indispensável ao processo de formação.

Entretanto, as autoras Meyer e Kruse (2003) afirmam que as DCNs devem assegurar referências para a formulação de projetos que venham articular as demandas políticas e sociais de uma sociedade. Sendo assim, os parâmetros e referências contidos nas diretrizes deveriam auxiliar os cursos, escolas e faculdades de enfermagem para o exercício sua autonomia para organizarem os seus projetos pedagógicos, observando demandas políticas e sociais voltadas às necessidades e interesses do contexto onde estão inseridas, de modo a reordenar a formação dos recursos humanos em saúde, criando possibilidades de desenhar um novo modelo de atenção à saúde, contemplando as práticas sanitárias relacionadas a um conceito ampliado de saúde e de justiça social.

As mudanças na formação da enfermeira sofreram a influência das transformações no quadro político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil, sendo que o ensino de enfermagem passou por diversas fases ao longo do tempo, como reflexo das mudanças no contexto histórico da enfermagem e da sociedade em nosso país e o perfil das enfermeiras apresentou significativas mudanças em decorrência dessas transformações (ITO et al., 2006).

Pudemos ver que para a formação das DCNs para o curso de enfermagem não foi uma tarefa fácil, foram anos de mudanças e aperfeiçoamentos, e acreditamos que, ainda, temos que continuar nesse caminho, em especial, estando comprometidas com uma formação direcionada ao cuidado ao próximo e a superação das diferenças de atendimento de saúde às classes menos favorecidas.

2.2. A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA

O objeto de trabalho da enfermeira passa pela assistência de enfermagem no processo saúde-doença e se estende à organização do processo de trabalho em enfermagem, o que inclui o papel administrativo englobando o bom gerenciamento da assistência prestada, numa ação conjunta com outros profissionais da área da saúde, levando em consideração todas as fases de desenvolvimento do ser humano, desde o nascimento até a morte, estando envolvido na promoção, na proteção e na recuperação da sua saúde. Nesse processo é reconhecida a necessidade de uma formação em que assegure para educadores e educandos, o comprometimento com o desenvolvimento social (ALMEIDA, 1986; ALMEIDA; SOARES, 2011).

Como já explicamos na introdução, a enfermagem possuiu dois âmbitos de atuação; o preventivo e o curativo, assim como as relações entre saúde e doença. O âmbito preventivo é o cuidado fora do ambiente hospitalar, são os cuidados primários e secundários. A publicação das Leis n° 8080/90 e n° 8142/90 determinaram, entre outras questões, os princípios da descentralização das ações e serviços de saúde e da municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1990).

Na atualidade, os princípios organizativos e operativos do Sistema Único de Saúde - SUS - são aqueles pelos quais se realizam a descentralização da gestão, a participação da comunidade por meio dos conselhos e das conferências de saúde, a hierarquização da rede de serviços da Atenção Primária de Saúde (APS), Atenção Secundária de Saúde (ASS), Atenção Terciária de Saúde (ATS) (SOUZA, 2012).

A promoção de saúde e os níveis de atenção segundo Leavell e Clark (1965) como destacados acima são:

Quadro 1: A promoção da saúde e os níveis de prevenção

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS NÍVEIS DE PREVENÇÃO SEGUNDO LEAVELL & CLARK (1965)	
<p>Primária (promoção da saúde e proteção específica)</p> <p>Postos de Saúde (PSF – UBS)</p>	<p>A promoção da saúde aparece como prevenção primária, confundindo-se com a prevenção referente à proteção específica (vacinação, por exemplo). Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que resistam às agressões dos agentes. Também diz respeito a ações de orientação para cuidados com o ambiente, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entornos).</p>
<p>Secundária (diagnóstico e tratamento precoce; limitação da invalidez)</p> <p>Ambulatórios e Pronto Socorro</p>	<p>Engloba estratégias populacionais para detecção precoce de doenças, como por exemplo, o rastreamento de câncer de colo uterino. Também contempla ações com indivíduos doentes ou acidentados com diagnósticos confirmados. Para que se curem ou mantenham-se funcionalmente sadios, evitando complicações e mortes prematuras. Isto se dá por meio de práticas clínicas preventivas e de educação em saúde, objetivando a adoção/mudança de comportamentos (alimentares, atividades físicas etc.).</p>
<p>Terciária (reabilitação) Hospitais</p>	<p>Consiste no cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional.</p>

Fonte: LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. New York: McGraw-Hill, 1965.

Acreditamos que a população deveria ser mais bem informada quanto à importância dos atendimentos em Postos de Saúde, pois lá se prestam consultas e encaminhamentos médicos, acompanhamentos de pré-natal, identificação, acompanhamentos e tratamentos a pacientes hipertensos e diabéticos. Tais medidas diminuiriam filas nos Prontos Socorros e a equipe de saúde destes locais, ou seja, de atendimento primário e secundário, podendo prestar melhor assistência à população.

Relacionado aos três níveis de atuação em saúde, em 1994, o Ministério da Educação por meio da Portaria nº 1.721/94 definiu o perfil da enfermeira com formação generalista e competência para o desenvolvimento de suas atividades em quatro áreas fundamentais, sendo elas: assistência, gerência, ensino e pesquisa. Esse processo de

formação é voltado ao cuidado no seu ciclo evolutivo, e contempla ações como: promoção, proteção e recuperação da saúde (TANAKA; LEITE, 2008).

Focaremos nesse estudo o nível terciário, ou seja, o âmbito curativo no ambiente hospitalar e, como sabemos, o hospital tem diversas áreas, porém o objeto de estudo será as enfermarias, o local em que os doentes ficam a maior parte do tempo, com a equipe de enfermagem, em vinte e quatro horas de cuidado integrais, trataremos das marcas e tensões deste campo de atuação, muitas vezes contraditório por sua complexidade.

Na constituição histórica da atuação em enfermagem, especialmente, nas enfermarias podemos observar a preocupação com o bom funcionamento institucional na prestação de cuidados contínuos aos enfermos, o que requer em sua estruturação tanto o saber assistencial, como a coordenação da assistência (LOPES, 2001).

Para que isto seja propiciado no hospital, atualmente, existem três níveis hierárquicos, ou seja, a enfermeira coordenadora, a enfermeira supervisora e a enfermeira assistencial, tendo elas as seguintes funções:

- Coordenadora – cuida da escala de folgas, da parte administrativa do setor, da manutenção de equipamentos e do gerenciamento de toda a equipe de enfermagem;
- Supervisora – supervisiona a equipe de enfermagem no que for preciso, auxilia a punção venosa e os procedimentos invasivos, acompanha os médicos nas visitas aos doentes, atende as intercorrências do setor e responde à equipe na ausência da coordenadora;
- Assistencial – presta assistência direta ao paciente, executa ações de enfermagem que estão prescritas ou que aparecerem durante o plantão e sua prioridade é o atendimento integral ao paciente.

O foco desta dissertação será a enfermeira assistencial, sendo ela graduada como as demais enfermeiras, porém não exerce função de líder, seu diferencial é exercer a assistência durante toda a jornada ao lado do paciente.

Hausmann e Peduzzi (2009), em seus estudos, identificaram que há enfermeiras com um bom desempenho voltado a assistência, porém são frágeis na administração da equipe ou ao contrário. Isto acarreta que a enfermeira voltada à gerência e administração valoriza a ação que permite o cuidado, mas não o cuidado em si. Por outro lado, as enfermeiras assistenciais menosprezam as atividades gerenciais, atribuindo a elas o cunho burocrático. Talvez, aqui se apresente uma das marcas que tencionam as relações profissionais.

A demanda de enfermeiras versus pacientes é alta, o que aumenta os agravos no ambiente de trabalho, com isso as condições psíquicas dessas profissionais,

especificamente as enfermeiras e técnicas de enfermagem, são inadequadas, ainda mais, se considerarmos o aumento de jornadas, as escalas de plantão, ou seja, a complexidade das condições de trabalho na atualidade (LAUTERT, 1999).

Ainda, as profissionais de enfermagem correspondem a maior parcela do trabalho em saúde, singularmente do sexo feminino, o que se traduz na prática por um perfil humano genérico de múltiplas funções, como trabalhadoras da saúde, mães e donas de casa (MEDEIROS et al., 2006).

Elias e Navarro (2006), afirmam que a insegurança provocada pelo desemprego faz com que as trabalhadoras se submetam a regimes e contratos de trabalho precários. Em relação às profissionais de enfermagem, suas atividades estão voltadas às escalas de plantões, no qual se constata a facilitação na conciliação entre as escalas, e no acúmulo de duas a três escalas de trabalho. Assim, as profissionais de enfermagem se submetem a cargas desgastantes por não encontrarem outras condições, acabando por aceitar o acúmulo de trabalho para darem uma qualidade de vida para suas famílias. Veras (2003) aponta que se encontram jornadas de 144 horas mensais e, até mesmo, 120 horas semanais.

A organização do trabalho favorece o aumento de sofrimento psíquico por meio de elementos como as jornadas prolongadas de trabalho, os ritmos acelerados de produção, a pressão claramente repressora e autoritária instalada numa hierarquia rígida e vertical, a alienação do trabalho e das trabalhadoras, a fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho realizado de quem a realiza. A noção do sofrimento psíquico indica uma zona entre a saúde e a doença, constituindo um conceito mais preciso no âmbito da psicopatologia do trabalho (PITTA, 1994).

Com o aumento e a sobrecarga no trabalho, os profissionais não têm mais tempo em dialogar com seus pacientes, sendo a entrada no quarto somente para medicar, trocar uma fralda, realizar o relatório de enfermagem, dentre outras ações similares. Isto está afetando muito as profissionais pela falta de contato mais aprofundado, pois não sabendo se o paciente está bem, não conseguem parar e avaliar o grau de complexidade do paciente.

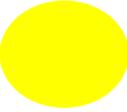
Ainda mais, a chegada do paciente ao hospital reflete, em si, momentos de dúvidas e incertezas, até mesmo quando relacionado à sua vida ou o risco de morte. Nesse sentido, a questão da aproximação profissional/paciente deve ser feita em um ambiente harmonioso, pois ele se encontra em um estado de enfermidade, frágil e essa aproximação.

Para Costa (2004) o doente observa profundamente o ambiente e os sentidos humanos, apreendendo muitas informações sensoriais sobre o espaço. As cores predominantes, as cenas de dor, as queixas do paciente ao lado, o silêncio, a solidariedade pelo do próximo, a insegurança, o medo, o cheiro dos remédios, as febres, os calafrios e os tremores, todos esses aspectos definem as experiências resultantes da vivência do paciente em ambiente curativo. Este aguçamento dos sentidos é vivido mais intensamente e, nesse momento, parece que os detalhes se ampliam e o paciente mergulha na dimensão real deste espaço.

Sendo assim, a enfermeira tem como responsabilidade além de suas atividades diárias de cuidado, observar a interação entre a equipe e os pacientes atendidos com o dever de minimizar o impacto do estado de saúde/doença, proporcionando assim um ambiente que lhes permita aconchego, segurança e recuperação.

Para Costa (2004) a enfermeira tem a responsabilidade de aplicar SCP, ou seja, um método de monitoramento que visa o cuidado individualizado e integral do paciente, permitindo o redirecionamento da equipe (enfermeiras assistenciais e técnicas de enfermagem) para a atuação no cuidado, objetivando uma melhor distribuição de pacientes, melhorando a assistência. Mesmo observando as dificuldades enfrentadas na atuação profissional, cada paciente é um indivíduo e a ele deve ser dado o melhor. Para a aplicação do SCP a unidade precisa ser organizada pela categorização dos pacientes por complexidade e a inclusão dos mesmos em cada categoria, conforme determinado no quadro abaixo.

Quadro 2: Sistema de Classificação de Pacientes por Complexidade Assistencial

GRAU DE COMPLEXIDADE	
	Assistência mínima/auto-cuidado: paciente estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.
	Assistência intermediária: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, requerendo avaliações médicas e de Enfermagem com parcial dependência dos profissionais de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
	Assistência semi-intensiva: pacientes recuperáveis, sem risco –iminente de vida, sujeito à intabilidade de funções vitais, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada.
	Assistência intensiva: pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada.

Fonte: FUGULIN, F.M.T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na Unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Med. Hu-USP**, São Paulo, v. 4, n. 1/2, p.63-68, jan. /dez. 1994.

Vale salientar que a descrição do perfil do paciente pertencente a cada categoria deve ser elaborada conjuntamente pela equipe médica e de enfermagem, de modo a contemplar os aspectos globais da assistência, envolvendo e comprometendo os profissionais com a proposta adotada, aspecto fundamental para sua operacionalização e concretização do processo (FUGULIN et al, 1994).

Essa classificação, adotada atualmente em todos os hospitais e enfermarias, apresenta a preocupação com uma divisão de cuidados mais justa e humanizada, para que a enfermeira possa oferecer o cuidado mais integral aos pacientes colaborando, assim, para o restabelecimento daqueles que são atendidos. A classificação melhora a condição de atuação das enfermeiras, minimizando, mas não resolvendo a sobrecarga de trabalho que é decorrente da falta de profissionais atuando no campo.

O COFEN (2006) determina que, em âmbito nacional, deve haver enfermeiras em todas as unidades de serviço que desenvolvam ações de enfermagem. De acordo com a Lei nº 7.498/86, do Sistema de Classificação por Paciente (SCP), para as 24 horas de assistência de enfermagem em turnos, a proporção funcionário/leito por pacientes de assistência mínima ou autocuidado é de 3,0 horas de enfermagem, são 4,9 horas para os

de assistência intermediária, 8,5 horas de enfermagem para semi-intensivos e 15,4 horas de enfermagem para clientes na assistência intensiva.

O percentual de distribuição de profissionais de Enfermagem de acordo com o SCP dever ser de 27% de Enfermeiras (mínimo de seis) e 73% de Técnicas e Auxiliares de Enfermagem para assistência mínima e intermediária; para cuidados semi-intensivos 40% do quadro de Enfermeiras e 60% de Técnicas e Auxiliares; e para a assistência à pacientes intensivos a condição muda, pois são 55,6% de Enfermeiras e 44,4% de Técnicas de Enfermagem e, neste caso, em decorrência à maior complexidade de atendimento as Auxiliares não assumem os pacientes.

Esta é uma proposição defendida pelo COFEN para um atendimento de qualidade e com segurança para o paciente. Todavia, a normativa não se estabelece na prática cotidiana da Enfermagem, sendo a falta de profissionais da área um problema nacional (COFEN, 2015).

Oliveira (2013) aponta que a existência cerca de 450 mil profissionais na área da Enfermagem em nosso país, o que corresponde a 60% dos trabalhadores da saúde, porém mesmo assim o número é inferior ao que preconiza a OMS. De acordo com Solange Caetano³, somos 0,99 enfermeiras para cada mil habitantes, o que deveríamos ser pelo menos 4 por mil, como descritos em países mais desenvolvidos. (COREN – MT, 2015)

A sobrecarga no trabalho, pelo escasso número de profissionais e o acúmulo de atendimento é evidente, sendo está uma das maiores tensões que envolvem as profissionais de enfermagem, ou seja, é uma preocupação em todo território nacional.

Kurcgant (1991, p.107) afirma que “nos serviços da Enfermagem, a distribuição das profissionais é feita sob forma de escala mensal, diária e de férias”. Sabendo que a escala é uma atribuição exclusiva da enfermeira que administra essas profissionais, a autora afirma, ainda, que:

A distribuição dessas profissionais para a efetivação da assistência de enfermagem é uma atividade complexa que requer tempo, o conhecimento em relação a clientela, a dinâmica da unidade, as características da equipe e as leis trabalhistas, determinam a disposição das profissionais no cuidado (KURCGANT, 1991, p.107).

As enfermeiras possuem peculiaridades específicas em relação a outras profissionais da saúde, ela é prestadora ininterrupta na assistência prestada ao lado dos enfermos, suas atividades diárias estão relacionadas ao cuidado e a recuperação de cada paciente, ela é a responsável pela execução de cerca de sessenta por cento das ações de

³ Presidenta da Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE)

saúde envolvidas. Como a enfermagem é um setor de clínica médica cabem, ainda, as profissionais a necessidade de conhecimentos diversificados para cada patologia atendida, para facilitar o cuidado e possíveis intervenções (SANTOS, 2001).

O real trabalho das enfermeiras é marcado, na maioria das vezes, pela presença de uma única enfermeira realizando supervisão de inúmeros processos de trabalho em sua totalidade, assim a maioria nem sempre consegue saber ao certo quem são os pacientes atendidos, salvo os mais graves. A nova função de enfermeira assistencial é, justamente, suprir essa distância entre as enfermeiras e o paciente (SANTOS, 2001).

Santos (2001) afirma que, em unidades com grande demanda de atendimento e rotatividade, o serviço das enfermeiras é fragmentado, pois requerem cuidados como banhos, curativos, procedimentos invasivos, medicações em série, relatórios de enfermagem, preenchimentos de impressos, encaminhamentos de exames, dentre outros, o que poderá variar de acordo com a escala de serviço, quantitativo operacional por plantão ou pela demanda de serviços e procedimentos a serem realizados. Na prática da enfermagem, devida turbulência do excessivo “fazer” em cumprir as tarefas, as rotinas, os horários e inúmeras vezes, abraçar funções que não são suas, resta pouco tempo para relatar serviços e atividades desenvolvidas, bem como se perde boas observações em relação aos pacientes.

O cuidado ao paciente é fragmentado e, em alguns hospitais, o paciente torna-se “partes”, com cada trabalhadora cuidando de um aspecto. Concordamos com Freire (1979, p.21), quando refletimos no compromisso do trabalho das enfermeiras assistenciais, ele nos diz que:

[...] no compromisso do profissional, seja ele quem for, está a exigência de seu constante aperfeiçoamento, de superação do especialismo, que não é o mesmo que especialidade. O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de uma forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialistas estreitos.

A enfermagem busca comprometimento profissional, necessidade de educar, viver intensamente sua prática educativa, oportunizada por meio da coerência de suas atitudes e de seus valores (BUBLITZ, 2012).

As enfermeiras assistenciais devem ter condições de se deparar com várias condições da vida humana, ou seja, pacientes muito doentes, crianças, jovens, adultos, dentre outros, devendo desenvolver condições de lidar com a vida e com a morte. Cabe a elas prestar uma assistência integral e adequada, preocupando-se em manter o sigilo das

informações coletadas com seus pacientes mantendo o compromisso profissional e social inerente aos profissionais desta área de atendimento à saúde (BUBLITZ, 2012).

Observemos que todos os seres humanos só existem pois estão inseridos num contexto concreto, com compromisso social e a enfermeira é vista como uma profissional humanizada pela responsabilidade histórica e pelo engajamento com a realidade, ou seja, “tem a verdade na solidariedade” (FREIRE, 1996 p. 79).

Freire (1983, p. 184) ressalta “que devemos investigar mulheres e homens, não como peças anatômicas, mas sim, seu pensamento linguagem no que se referem à realidade, seus níveis de percepção quanto a ela e sua visão de mundo”. Assim, a realidade vivenciada pelas enfermeiras e sua a comunicação com os pacientes atendidos, compreende o processo de relação entre os indivíduos, entre a sociedade e a política na qual, os pacientes com perspectivas distintas cruzam suas trajetórias.

Novamente reforçamos nosso argumento em Freire (1983, p. 184) que nos diz que “a comunicação/diálogo ocorre entre aqueles atores sociais que não renegam uns aos outros o direito a suas próprias palavras, pensamentos e decisões”.

Claro que cabe às enfermeiras orientarem novas ações pautadas no agir estratégico, visando à execução de planos de ação previamente determinados. No entanto, o agir comunicativo deverá ser entendido como um mecanismo de coordenar ações em que a orientação preferencial é o entendimento (RIVERA, 1995).

Em um estudo realizado pela Fiocruz a pedido do COFEN, foram entrevistados profissionais de enfermagem 1,8 milhões de profissionais de todo o território nacional, sendo 50% do quadro de 3,5 milhões, foram apontados como principais desafios a superação da insegurança no ambiente de trabalho, das jornadas exaustivas e da baixa remuneração (COREN – SP, 2015).

A insegurança foi um dos tópicos mais impactantes do estudo, sendo que 71% dos profissionais sentem-se desprotegidos no ambiente de trabalho. Foram identificados 17% de profissionais agredidos, entre eles 18% relataram violência física e 67% psicológicas (COREN – SP, 2015).

Na pesquisa, menos da metade dos profissionais 46,2% relatam ser tratados com cordialidade pelos pacientes. Numa das entrevistas é relatado que “a enfermeira é a comissão de frente, é quem está ali, é a primeira que eles procuram, e por isso acabamos sendo a primeira vítima”. Ainda, Machado, coordenadora do estudo, relata que “o paciente e o familiar muitas vezes já chegam munidos de intolerância absurda e desmedida, confundindo grosserias com cidadania” (COREN – SP, 2015, p. 33).

Estas são umas das tensões que encontramos no ambiente profissional da enfermeira, questão que tentaremos abordar por meio das entrevistas com as enfermeiras. A seguir trataremos do ambiente hospitalar para compreender um pouco o contexto para melhor compreensão sobre as enfermarias.

O hospital carrega em seu meio o ônus da dor, do adoecer e da morte, desde o início de sua história. Sua divisão de trabalho reproduz em seu interior a evolução e divisão do trabalho da estrutura capitalista (ELIAS; NAVARRO, 2006).

O trabalho hospitalar é considerado como um trabalho parcelado que reproduz características de uma organização industrial, produzindo tanto trabalhadores compromissados, como desesperançosos. Muitas vezes, repetindo uma lógica de trabalho taylorizado, oculto pelo tão falado “trabalho em equipe” (SILVA, 1998).

A divisão do trabalho pelo critério “grau de complexidade” não representam de fato uma subdivisão do trabalho, na verdade caracteriza uma divisão, sendo uma forma de organizar os processos de trabalho. A divisão do trabalho marca, assim, o trabalhador, definindo sua posição estratégica, fixando-o à uma atividade profissional e não valorizando de suas inclinações (SANTOS, 2001).

Silva (1998) nos diz que da incorporação de novas tecnologias, não é o “alívio da labuta humana”, pelo contrário, o setor é extremamente de trabalho intensivo. Por conta de uma prolongada jornada de trabalho, as atividades dos profissionais de saúde são fortemente tensiógenas, decorrentes do número limitado de profissionais e do desgaste psicoemocional relativo às tarefas realizadas em seu meio (GUIMARÃES; GRUBITS, 1999).

Pitta (1991) fala que o ambiente hospitalar apresenta aspectos muito específicos, tais como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações conflitantes, as elevadas fontes de tensões e os altos riscos para as enfermeiras e para os pacientes. Os hospitais têm como características a necessidade de funcionamento diuturno, o que implica a existência de um regime de turnos e plantões nos períodos matutino, vespertino e noturno. Por conta disso há um crescente número de publicações científicas que se referem ao agravo psíquico, à medicalização intensa e até sobre suicídio de médicos e enfermeiras, resultantes da estressante carga de trabalho.

Por conta desses fatores, o adoecimento de profissionais da área da saúde tem sido estudado em pesquisas apresentadas em congressos com o intuito de conscientizá-los sobre os riscos que sofrem e, em especial, defender o projeto de lei que defende trinta horas de trabalho para a enfermagem, o que vem sendo adotado por muitas instituições, mas não sendo lei não é obrigatório.

O ambiente hospitalar é considerado um local de trabalho insalubre, onde pacientes e profissionais estão expostos a agressões de diversas naturezas: agentes físicos (radiação de Raios-X e radioativos), agentes químicos (medicamentos e soluções) e agentes biológicos (microrganismos) (PITTA, 1991).

De uma maneira geral, o hospital é reconhecido como um local privilegiado para o adoecimento, pois além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física nas quais os trabalhadores estão expostos, o sofrimento psíquico é abundante (PITTA, 1991).

Neste sentido, a preocupação com o processo de humanização no âmbito hospitalar é de fundamental importância, este processo está voltado ao contexto social, contribuindo para a formação do ser humano, considerando que a equipe de saúde não é a detentora de todo o saber, pois não possui a percepção da integralidade do paciente. Tal condição é fundamental à enfermeira e ao paciente para estabelecerem possibilidades de comunicação (BARBOZA, SILVA, 2007).

A comunicação significa a coparticipação dos sujeitos no ato de pensar e tem o conhecimento construído por meio de relações entre os atores sociais e o mundo, como define Freire:

Comunicação como a situação social em que as pessoas criam conhecimento juntas, ao invés de transmiti-lo. A comunicação é uma interação entre sujeitos iguais e criativos, devendo estar fundada no diálogo. Esse diálogo-comunicação não significa invadir, manipular ou criar slogans, mas sim, trabalhar permanentemente para a transformação da realidade (1992, p. 93).

As relações entre paciente e enfermeira é uma das questões mais importantes no tratamento do hospitalizado, o medo, a fragilidade e a ansiedade ao tratamento, necessitam de uma cumplicidade entre eles. Sendo assim o diálogo baseia-se numa relação horizontal e participativa, não existindo um que sabe e o outro não, e sim havendo possibilidades de troca de conhecimentos (FREIRE, 1983). Assim como a relação enfermeira/paciente, a troca de conhecimento entre eles pode contribuir para o adoecer não ser tão sofrido, aumentando as possibilidades de recuperação.

Ainda, o ambiente hospitalar é por si só um universo estressante. Há um grande número de interferências, como letras ilegíveis, textos desconexos, omissão de informações, entre outras, que podem dificultar o processo de comunicação da equipe de enfermagem. Logo, o planejamento e a avaliação da forma de como o “comunicar” acontece, são fundamentais para uma boa integração dos profissionais e desempenho das atividades (KURCGANT, 2005).

A enfermeira que atua no gerenciamento de equipes de enfermagem tem papel importante no estabelecimento de uma comunicação efetiva e organizada e esta deve estimular assim como propiciar subsídios necessários para que se estabeleça a melhor comunicação possível entre a equipe de saúde. Essa troca de conhecimento entre os membros da equipe deve ser constante, contribuindo para o crescimento do grupo. Além disso, podemos compreender que estas práticas são essenciais para prestarmos um cuidado íntegro e completo aos nossos pacientes, onde todas as informações necessárias são trocadas pelos membros da equipe de trabalho (BUBLITZ, 2012).

O diálogo é imprescindível, o que implica o reconhecimento do outro, de modo transparente e crítico, apresentando assim outras possibilidades, outras opções, enquanto ensina e aprende. O diálogo é uma relação horizontal que para Freire (2002) nutre-se de amor, humildade, esperança, fé e confiança, que são fundamentais no processo de trabalho em enfermagem.

É uma exigência existencial, que nos permite ultrapassar o conhecimento construído e vivido. É nesta relação dialógica, entre o ensinar e o aprender que são possíveis quando “o pensamento crítico do educador ou educadora se entrega à curiosidade do educando [...], mas, para isso o diálogo não pode converter-se num bate-papo desobrigado que marche ao gosto do acaso” entre as enfermeiras e os pacientes (FREIRE, 2002, p. 118).

À enfermeira cabe refletir sobre esses princípios em sua ação profissional, como a ética profissional, que envolve motivações, ideais, ações, valores, princípios e objetivos e que regula as relações sociais entre os homens, nas quais se garante a coesão social, harmonizando os interesses tanto individuais como coletivos (SELLI, 1998).

Concordamos com Reis e Andrade (2008) que o cuidado em enfermagem deve voltar à ética e pressupõe habilidades técnicas, sensibilidade, conhecimento e experiências, um cuidado que através de ações visam oferecer maior facilidade e suporte na melhoria das condições humanas, englobando a saúde em sua integralidade, nos aspectos psicobiológicos, social, espiritual e político. Porém, a desvalorização dos profissionais de enfermagem deve-se a falta de uma formação mais específica voltada à comunidade, considerado fundamental para o fortalecimento desse vínculo (PINHEIRO; MATTOS, 2001).

Sabemos que a formação acadêmica tem importante contribuição neste contexto, uma vez que, com a existência de um ensino não reducionista e menos fragmentado, seria cada vez mais frequente a formação de profissionais capazes de apreender de seus pacientes suas necessidades de modo mais integral, a humanização, o cuidado, são tão

importantes, porém uma base de teoria e prática são fundamentais para inserção ao mercado de trabalho.

Tendo apresentado os princípios teóricos relativos à formação e atuação das enfermeiras, a seguir traremos a metodologia proposta para discutirmos as marcas e tensões vividas pelas enfermeiras assistenciais e suas relações com a formação inicial, apoiando-nos, em especial nos pressupostos da teoria freireana.

3. A TEORIA DE PAULO FREIRE E AS CATEGORIAS DE ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS DAS ENFERMEIRAS

Nesta seção trataremos os pressupostos teóricos relativos às obras de Paulo Freire (1983, 1994, 1996), os quais nos permitiram elencar e selecionar as categorias para a análise de conteúdo dos depoimentos das enfermeiras. Todavia, para melhor compreensão de tais preceitos, destacamos os aspectos gerais de sua teoria e a sua biografia.

3.1. BIOGRAFIA

Objetivando a melhor compreensão da teoria de Paulo Freire trataremos de sua biografia a partir das informações obtidas no instituto por ele criado, ou seja, o Instituto Paulo Freire⁴ que descreve sua trajetória de vida e seus grandes feitos até sua morte.

Paulo Reglus Neves Freire, mais conhecido como Paulo Freire, nasceu na cidade de Recife – PE em 19 de setembro de 1921. Filho de Joaquim Temístocles Freire e Edeltrudes Neves Freire.

Com seis anos de idade, já alfabetizado, entra para a escola particular Eunice Vasconcelos. Quatro anos mais tarde muda-se com a família para Jaboatão dos Guarapares-PE. Aos 13 anos idade Paulo perde seu pai.

Em 1937 a 1942 Paulo cursa o Ensino Secundário no Colégio Osvaldo Cruz, no Recife – PE, cidade onde obteve seu primeiro emprego, tornando-se professor de Língua Portuguesa aos 21 anos de idade, no mesmo colégio.

No ano seguinte ingressa na Faculdade de Direito do Recife, tornando-se bacharel quatro anos depois, dedica-se à educação e alfabetização.

Após casar-se, em 1944, com Elza Maia Costa de Oliveira, no ano de 1947 assume a Diretoria da Divisão de Educação e Cultura, do Sesi-Pernambuco.

Já em 1950, Paulo Freire pensava a educação voltada para os adultos estruturou assim uma pedagogia singular, que estabelecia relações com o trabalho desenvolvido pelos alunos, estabelecendo profunda relação entre a pedagogia e a política.

⁴ COSENZA, Ulysses (São Paulo). Paulo Freire - Projeto Memória (Ed.). **Cronologia**. 2005. Disponível em: <http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/biografia/07_biografia_cronologia.html>. Acesso em: 13 jan. 2016.

No ano de 1952 é nomeado Professor Catedrático da Faculdade de Belas Artes, da Universidade do Recife – PE. Dois anos após é designado Diretor Superintendente do Departamento Regional de Pernambuco do SESI – PE, cargo que ocupou até outubro de 1956.

Em 1960 Paulo defende tese e obtém o título de Doutor em Filosofia e História da Educação. No ano seguinte foi-lhe conferido o título de Livre Docente da Faculdade de Belas Artes. Perde seu cargo de docente desta escola, porém foi nomeado Professor Assistente de Ensino Superior, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, da Universidade do Recife.

Dois anos depois Freire cria o Serviço de Extensão Cultural na Universidade do Recife, sendo nomeado como o primeiro Diretor do Serviço. No ano seguinte realiza a Experiência de Alfabetização de Angicos – RN. Criando as bases do Programa Nacional de Alfabetização no Governo de João Goulart. Um ano depois em 1964 o Golpe Militar extingue o Programa Nacional de Alfabetização. Freire é preso em Recife, consegue asilo na Embaixada da Bolívia, no Rio de Janeiro. Em setembro deste mesmo ano parte para a Bolívia, e dois meses depois segue para o Chile.

No ano seguinte ao seu exílio 1965, Freire publica o livro *Educação como Prática da Liberdade*. Nos anos de 1967 e 1968, exilado no Chile, escreve o livro *Pedagogia do Oprimido*. Em 1969 muda-se para Cambridge, Massachussets – USA. Transfere-se, em 1970, para Genebra na Suíça, convidado a trabalhar no Conselho Mundial das Igrejas, pelo qual passa a “andarilhar” pelos cinco continentes.

Juntamente com outros exilados em 1971 Freire funda o instituto de Ação Cultural (IDAC), em Genebra, dedicando-se de modo especial ao trabalho de educação em alguns países africanos.

No ano de 1979 obtém seu primeiro passaporte e vem ao Brasil visitar São Paulo, Rio de Janeiro e Recife, sua terra natal. Somente no ano seguinte retorna ao Brasil para lecionar na PUC – SP e na Unicamp.

Publica no ano de 1982 *A importância do ato de ler* em três artigos que se integram, livro que mereceu, em julho de 1990, o “Diploma de Mérito Internacional”, concedido pela “International Reading Association”, na Suécia. Deste ano até 1992, escreve os “livros falados”, isto é, livros nos quais, dialogando com outros educadores, narra a sua vida e explicitava as suas reflexões.

Freire recebe em 1986 o Prêmio UNESCO da Educação para a Paz. No dia 24 de outubro morre sua primeira esposa, Elza Maia Costa de Oliveira. No ano seguinte em 1987 ele passa a integrar o júri internacional da UNESCO, que escolhe e premia as

melhores experiências de alfabetização do mundo. Dois anos após a morte de sua primeira esposa casa-se novamente em 27 de março, com Ana Maria Araújo Hasche em Recife e, em 19 de agosto, em cerimônia civil, quando ela passa a assinar Freire em seu nome.

Em 1989 Paulo assume o cargo de Secretário de Educação na cidade de São Paulo. Afasta-se da SMEd-SP em 1991 para escrever livros. Retorna a lecionar na PUC – SP e logo demite-se da UNICAMP.

De 1988 a 1997 Freire volta depois de 10 anos a escrever livros autorais como: *Pedagogia da Esperança*, *Cartas a Cristina: reflexões sobre a minha vida e minha práxis*, *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar*, *Política e educação, à sombra desta mangueira* e um dos últimos *Pedagogia da Autonomia*, além de outros com diversos educadores e inúmeros artigos e conferências.

Com 76 anos de idade em 02 de maio de 1997 em Paulo Freire falece no Hospital Albert Einstein, na cidade de São Paulo, vítima de infarto agudo do miocárdio, deixando cinco filhos e uma viúva.

Três anos após sua morte a viúva Ana Maria Araújo Freire, na condição de sucessora legal das obras de Freire, organiza textos inéditos do autor no qual nomeia e publica na “Serie Paulo Freire” com os títulos *Pedagogia da Indignação*, *Pedagogia dos Sonhos Possíveis* e *Pedagogia da Tolerância*.

3.2. A TEORIA DE PAULO FREIRE

Neste subitem tratamos os princípios e conceitos gerais da teoria de Paulo Freire com a intenção de explicitarmos o seu trabalho, pois foram referenciais importantes em nos dar subsídios para a próxima etapa do capítulo, ou seja, apresentar de modo mais específico o conjunto de categorias que nos dará base à interpretação dos depoimentos das enfermeiras.

Paulo Freire pensa a educação “a partir de situações de conscientização, diálogo e libertação” (AZEVEDO, 2010, p. 38). De modo contrário a esta condição e perpetuando as relações de opressão aos menos favorecidos se estabelece a *educação bancária* que é decorrente da compreensão de que os estudantes são como depósitos vazios a serem preenchidos por conteúdo do domínio exclusivo do professor. Freire (1983, p. 66) nos diz que:

Em lugar de comunicar-se, o educando faz “comunicados” e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção “bancária” da educação, em

que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los.

Porém, ao que se tem observado na atualidade o processo educacional aliena os sujeitos de sua condição material de vida, não contribuindo para que se vença a conjuntura de injustiça social vigente em nosso país, pois pelo

Ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos, não se verifica nem pode verificar-se está superação. Pelo contrário, refletindo a sociedade opressora, sendo dimensão da “cultura do silêncio”, a “educação bancária” mantém e estimula a contradição (FREIRE, 1983, p. 82).

Freire (1983, p. 67) nos afirma que “o educador que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos serão sempre os que não sabem”. Vasconcelos e Brito (2014, p.42), apoiadas nos pressupostos de Freire, definem a *alienação* dizendo que:

É a condição incutida no homem simples, quando se pretende tê-lo como um ser ‘domesticado’. Assim dominado, é levado a crer na sua total ignorância (que o aliena) por aqueles que, ao exercerem a dominação, julgam-se menos ignorantes e, assim, alienam-se do seu próprio não saber.

Visto assim, no processo educacional deveríamos levar o aluno a adotar uma postura de não ser um mero espectador de seu aprendizado e sim estimular a problematização para que, desse modo, participem da construção de seu próprio conhecimento (FREIRE, 1983).

A *educação problematizadora* de Freire (1983) é democrática e considera o ser humano como um ser histórico, inserido em condições materiais de vida e, ainda, é baseada na verdade, na generosidade e na humanização, não focada somente em interesses pessoais, mas sim, voltada ao coletivo que oportuniza aos sujeitos o conhecimento que permite considerarem-se como “refazedores” do saber de sua própria realidade e que, refletem criticamente sobre sua existência, sendo possuidores de capacidade para transformar-se e libertar-se.

Freire (1979, p.22) afirma, que “se o meu compromisso é realmente com o homem concreto, com a causa de sua humanização, de sua libertação, não posso por isso mesmo prescindir da ciência, nem da tecnologia, com as quais me vou instrumentando para melhor luta por esta causa”. Só desse modo, o ser humano pode transformar-se e transformar seu contexto social, libertando-se. O ato de ato de educar conduz a *liberdade*, pois combate a *alienação*, desenvolvendo as potencialidades humanas. Humanizando-se no exercício da responsabilidade frente as mudanças sociais. Pela *educação como prática*

da liberdade “o ser humano deixa seu estado de coisificação e passa a ser objeto de sua própria história e destino”, passando a ser sujeito da própria história, tomando *consciência* de si e da realidade em que está inserido (AZEVEDO, 2010, p. 38).

O *diálogo* entre os seres humanos que estão no mundo, sendo eles moduladores e modulados por este mesmo mundo e pelas relações com os seus semelhantes, dá significado ao processo educacional como ato político que pode ser um modificador do mundo, a educação com visão crítica, social, voltada a realidade e aos processos humanos, é a centralidade da humanização (FREIRE, 1983).

O autor nos diz que o *diálogo* representa um instrumento capaz de mediar as relações interpessoais, ele compreende a força que conduz o pensar crítico-problematizador diante das condições humanas no mundo. “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” (FREIRE, 1983, p.92).

Freire reforça que “o diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu” (FREIRE, 1983, p.93). O *diálogo* tem significação, precisamente, porque os sujeitos dialógicos não somente conservam a sua identidade, como a defendem, crescendo assim um com o outro. “Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronuncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda” (FREIRE, 1983, p. 93-94).

“Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz uma relação horizontal, em que a confiança de um pólo no outro é consequência óbvia. [...] Por isto inexistente esta confiança na antidualogicidade da concepção ‘bancária’ da educação” (FREIRE, 1983, p. 96).

Para Freire (1996), também, precisamos priorizar e nos aprofundar na compreensão e nas interpretações da formação moral. Para ele a formação humana e a capacidade de entendimento estão ligadas as possibilidades do sujeito em assumir a responsabilidade de conviver com os demais no respeito e no diálogo.

Tal condição só é possível pela *práxis* “que é a reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição opressor-oprimidos” (FREIRE, 1983, p. 40), ou seja, tal superação só acontece pela “reflexão do oprimido sobre seu mundo e a reação transformadora deste contra a realidade encontrada” e “para que haja práxis, é essencial, que o indivíduo seja levado a tomar consciência de sua realidade para que, então, possa refletir sobre ela e, finalmente, questioná-la” (VASCONCELOS; BRITO, 2014, p. 157).

Somente a partir da reflexão, o oprimido será capaz de identificar a presença de um opressor e tomará, conseqüentemente, consciência de sua condição, despertando a sua capacidade de reação para transformação, concretizando assim numa ação transformadora (VASCONCELOS; BRITO, 2014).

Com isso, compreendemos Freire (1996, p. 18) quando nos diz que “a reflexão crítica sobre a prática, torna-se exigência da relação com a teoria e a prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática”. A teoria pode virar ideias que não saem do papel e a prática pode se transformar em ativismo. Portanto, a *práxis* é o próprio ser humano em todas as suas dimensões e não pode ser mutilada em prol de uma tecnificação, que prioriza somente a lógica de resultados (VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009).

Freire (1996, p. 43) nos afirma que, no desenvolvimento docente, “o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente sobre a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática”. Além disso sugere uma *práxis* social, que significa um compromisso humano mediante ao uso coerente do discurso e da ação. A *práxis* é considerada como reflexão e a ação dos seres humanos sobre o mundo podendo transformá-los num processo no qual solidarizam o refletir e o agir dos sujeitos, por meio do pensamento crítico-reflexivo e da transformação-ação (FREIRE, 1983).

Para tal é preciso que nos perguntemos pelos sentidos do que ensinamos e dos nossos alunos aprendem, para que possamos compreender nossa condição como sujeitos históricos no mundo, uma vez que

[...] o nosso conhecimento do mundo tem historicidade. Ao ser produzido, o conhecimento novo supera o outro que antes foi novo e se fez velho e se “dispõe” a ser ultrapassado por outro amanhã. Daí que seja tão fundamental conhecer o conhecimento existente quanto saber que estamos abertos e aptos à produção do conhecimento ainda não existente. Ensinar, aprender e pesquisar lidam com esses dois momentos do ciclo gnosiológico: o em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente. A “do-discência” – docência-discência – e a pesquisa, indicotomizáveis, são assim práticas requeridas por estes momentos do ciclo gnosiológico (FREIRE, 1996, p. 28).

Visto assim, a educação é ferramenta de *conscientização*, transformação e participação do indivíduo nas tomadas de decisões (CHAGAS et al., 2009). A *conscientização* não consiste apenas no “ser no mundo”, mas “ser com o mundo”, a qual

proporciona a *práxis*, por um processo de transformação, que não existe fora da *práxis* (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Compreendendo a educação como a grande possibilidade de se construir uma identidade sólida e firme, baseada na liberdade, diálogo e conscientização, Paulo Freire, partindo de um simples método de alfabetização de adultos, apresenta um ideal filosófico a ser seguido, refletido, questionado e buscado: o diálogo é capaz de criar vínculos de libertação e possibilitar o acesso a uma consciência clara e objetiva no tocante à realidade (AZEVEDO, 2010, p. 38).

Observando tal condição é importante considerar o conceito a *liberdade* que diz que uma educação que se pretende libertadora privilegia a intercomunicação, na qual “o pensar do educador só ganha autenticidade na autenticidade do pensar dos educandos, mediatizados ambos pela realidade” (FREIRE, 1983 p. 62).

“O exercício da liberdade é um constante êxodo, um movimento que surge de dentro do ser e que, no caso, deve partir dos próprios oprimidos” (VASCONCELOS; BRITO, 2014, p. 133). Freire (1983, p. 35) afirma que

[...] a liberdade, que é uma conquista, e não uma doação, exige uma permanente busca. Busca permanente que só existe no ato responsável de quem a faz. Ninguém tem liberdade para ser livre: pelo contrário, luta por ela precisamente por que não a tem.

Todavia este é um dilema, pois a libertação é um parto. E um parto doloroso. O homem nasce deste parto é um homem novo que só é viável na e pela superação da contradição opressora-oprimidos, que é a libertação de todos. Esta superação se faz pela luta para a sua libertação, sendo esta uma realidade concreta de opressão, porém que apenas o limita, no entanto, a reconhecendo, transforma-se num motor de sua ação libertadora (FREIRE, 1983, p. 36).

Freire (1996, p.22-23) enfatiza que

A validade do processo educativo se verifica quando o ensino resulta em aprendizado em que o aprendiz tornou-se capaz de recriar e refazer o ensinado, em que o ensinado foi apreendido pelo educando, aguçando-lhe a curiosidade crescente. Nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão-se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo.

Não há como falar em *liberdade* sem trazermos o de *autoridade*. Para Freire (1996, p. 21)

É o meu bom senso que me adverte de que exercer a minha autoridade de professor na classe, tomando decisões, orientando atividades, estabelecendo tarefas, cobrando a produção individual e coletiva do grupo não é sinal de autoritarismo de minha parte. É a minha autoridade cumprindo o seu dever. Não resolvemos bem, ainda, entre nós, a tensão

que a contradição autoridade-liberdade nos coloca e confundimos quase sempre autoridade com autoritarismo, licença com liberdade.

Define-se como autoritarismo como “o privilégio da *autoridade* em detrimento da liberdade, conduzindo ao impedimento da expressão e da ação”. (VASCONCELOS; BRITO, 2014, p. 50). Freire (1996, p.89) nos afirma que o “Autoritarismo e licenciosidade são formas indisciplinadas de comportamento que negam o que venho chamando a vocação ontológica do ser humano”.

O autor continua afirmando que “o bom seria que experimentássemos o confronto realmente tenso em que a autoridade de um lado e a liberdade do outro, medindo-se, se avaliassem e fossem aprendendo a ser ou a estar sendo elas mesmas, na produção de situação dialógicas”. (Idem)

Para isso é fundamental a construção da *autonomia* que propicia o exercício do pensar e do diálogo, como uma expressão de ideias a partir da ampliação do ponto de vista dos envolvidos. Freire (1996, p. 94) nos diz que “o essencial nas relações entre educador e educando, entre autoridade e liberdades, entre pais, mães, filhos e filhas é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia”, continua dizendo que ao:

[...] ensinar e, enquanto ensino, testemunhar aos alunos o quanto me é fundamental respeitá-los e respeitar-me são tarefas que jamais dicotomizei. Nunca me foi possível separar em dois momentos o ensino dos conteúdos da formação ética dos educandos. A prática docente que não há sem a discente é uma prática inteira. O ensino dos conteúdos implica o testemunho ético do professor. A boniteza da prática docente se compõe do anseio vivo de competência do docente e dos discentes e de seu sonho ético. Não há nesta boniteza lugar para a negação da decência, nem de forma grosseira nem farisaica. Não há lugar para puritanismo. Só há lugar para pureza” (FREIRE, 1996, p. 94-95).

Reforçamos o argumento dizendo que Freire (1996, p. 95) “considera que o professor lida com sua liberdade e com a sua autoridade em exercício, também diretamente com a liberdade dos educandos, que deve respeitar a criação de sua autonomia e os ensaios de construção da autoridade dos educandos”.

Ficando evidente o papel eminentemente político dos profissionais da educação, como diz Freire (1983, p.73), "a força do educador democrata está na sua coerência exemplar: é ela que sustenta sua autoridade. O educador que diz uma coisa e faz outra, eticamente irresponsável, não é só ineficaz: é prejudicial”.

Vista assim, a *autonomia* “é um processo gradativo de amadurecimento, que ocorre durante toda a vida, propiciado ao indivíduo a capacidade de decidir e, ao mesmo tempo, de arcar com as consequenciais dessa decisão, assumindo, portanto, responsabilidades” (VASCONCELOS; BRITO, 2014, p. 49).

Freire (1996, p. 59) nos afirma que:

O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros. Precisamente porque éticos podemos desrespeitar a rigorosidade da ética e resvalar para a sua negação, por isso é imprescindível deixar claro que a possibilidade do desvio ético não pode receber outra designação senão a de transgressão.

Após apresentarmos os conceitos da teoria freireana essenciais ao nosso trabalho passaremos, então, a destacar as categorias pré-selecionadas para a análise dos depoimentos das enfermeiras e para tal nos apoiamos em Moraes (1999).⁵

3.3. AS CATEGORIAS PRÉ SELECIONADAS

Nesta dissertação, que tem enquanto objetivo apreender as marcas e tensões relacionadas à ação profissional das enfermeiras no âmbito curativo e as suas relações com os conhecimentos adquiridos na formação inicial, nos apoiamos nos pressupostos teóricos de Paulo Freire, em três de suas obras, sendo elas: *Pedagogia do oprimido* (1983), *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar* (1994) e *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (1996).

O primeiro livro que enfocaremos é o *Pedagogia do Oprimido*, que foi escrito por Paulo Freire durante o seu exílio no Chile, sendo publicado em 1968 e somente sendo liberado no Brasil seis anos mais tarde. Nele Freire (1983) destaca a relevância de ajudar o ser humano a tornar-se humano, sem paternalismos.

Paulo Freire colocou o oprimido no **palco da história**, pelo seu engajamento político e pela sua teoria como contra-narrativa ao discurso dos poderosos e privilegiados. Ela valorizava, além do saber científico elaborado, também o saber primeiro, o saber cotidiano (GADOTTI, 2002, p. 52 – grifo do autor).

Deste modo, coloca a Pedagogia do Oprimido no movimento da pedagogia crítica, pois não podemos entender o pensamento freireano descolado de um projeto político (GADOTTI, 2002).

O segundo livro que vamos utilizar nesta dissertação é *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar* (1994). O próprio Freire o descreve como uma obra que ele teve prazer em escrever, pois foi direcionado às professoras, para o que ele utilizou de

⁵ O processo de seleção de tais categorias será explicitado na seção posterior referente à metodologia. No entanto, julgamos que trazê-las neste momento daria um melhor entendimento da teoria que nos deu suporte ao desenvolvimento desta dissertação.

dois meses de seu tempo para se dedicar a discutir a relevância do compromisso destas para que se possibilite a transformação social, ou seja, um compromisso ético-político com a sociedade em que estão inseridas.

O terceiro livro *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (1996), foi um dos últimos livros escritos por Freire, sendo considerado como “a bíblia” do professor, pois

Numa linguagem acessível e didática ele reflete sobre os saberes necessários à prática educativo-crítica fundamentados numa ética pedagógica e numa visão de mundo alicerçadas em rigorosidade, pesquisa, criticidade, risco, humildade, bom senso, tolerância, alegria, curiosidade, esperança, competência, generosidade, disponibilidade... molhadas pela esperança (GADOTTI, 1996, s/p.).

Destas obras extraímos as categorias temáticas iniciais que, apesar de sua amplitude, visaram conquistar a precisão preliminar de classificação, sendo que as mesmas foram posteriormente reduzidas no processo de análise realizada dos depoimentos das enfermeiras. Tal processo será descrito de modo mais aprofundado em capítulo posterior referente à metodologia (MORAES, 1999).

Tais categorias foram selecionadas observando-se os pressupostos teóricos discutidos no item anterior na qual dissertamos sobre a teoria de Paulo Freire e, também, no capítulo anterior, que tematizam tanto a formação como a atuação profissional em enfermagem. Também nos apoiamos em duas entrevistas pilotos⁶ realizadas no início deste processo e, como não poderia deixar de ser, a partir da própria experiência profissional da pesquisadora, compromissada com o campo de atuação em enfermagem de âmbito curativo e na sua reflexão sobre o próprio campo, pois

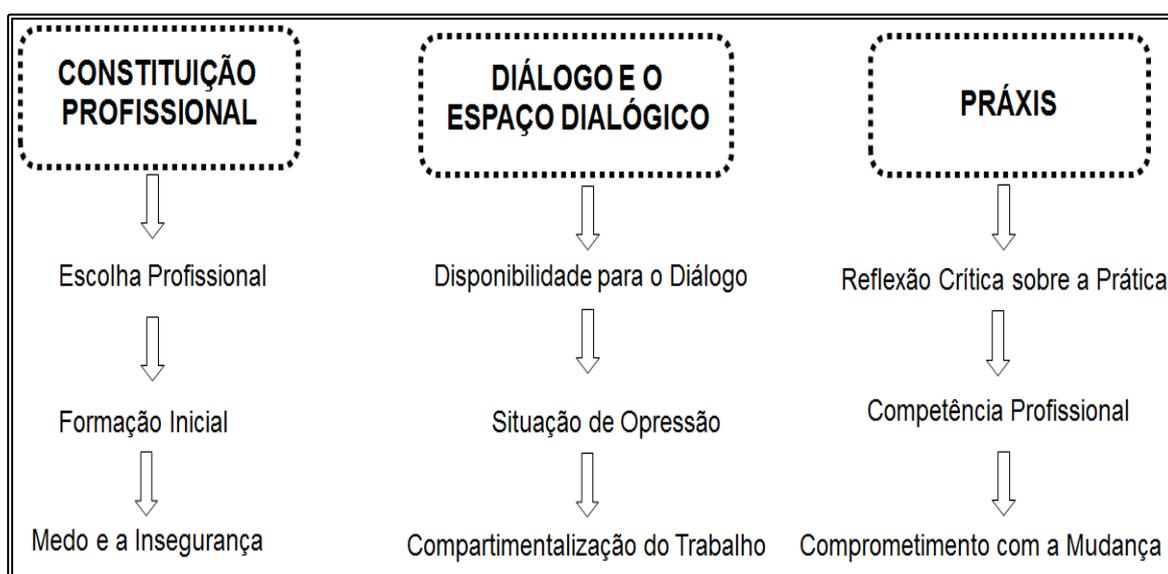
Se a possibilidade de reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, associada indissoluvelmente à sua ação sobre o mundo, não existe no ser, seu estar no mundo se reduz a um não poder transpor os limites que lhe são impostos pelo próprio mundo, do que resulta que este ser não é capaz de compromisso. É um ser imerso no mundo, no seu estar adaptado a ele e sem ter dele consciência. Sua imersão na realidade, da qual não pode sair, nem “distanciar-se” para admirá-la e, assim transformá-la, faz dele um ser “fora” do tempo ou “sob” o tempo ou, ainda, num tempo que não é seu (FREIRE, 1979, p.7).

Sendo assim, é importante apresentar as categorias previamente escolhidas trazendo os significados que permitiram a melhor captação dos indícios revelados nos depoimentos das enfermeiras.

⁶ Tal procedimento será melhor explicitado no capítulo posterior que é referente aos procedimentos metodológicos.

Das obras referenciadas destacamos três grandes categorias: a Constituição Profissional, o Diálogo e o Espaço Dialógico e a Práxis. Compõem a primeira categoria, ou seja, a Constituição Profissional, três subcategorias a Escolha Profissional, a Formação Inicial e o Medo e a Insegurança. Da segunda categoria Diálogo e Espaço Dialógico fazem parte outras três subcategorias: Disponibilidade para o Diálogo, Situação de Opressão e Compartimentalização do Trabalho. A Reflexão Crítica sobre a Prática, A Competência Profissional e o Comprometimento com a Mudança compõem a terceira categoria Práxis. Para melhor entendimento destas categoriais organizamos o quadro abaixo.

Quadro 3: Categorias pré-estabelecidas da teoria de Paulo Freire.



Fonte: FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 218p.; FREIRE, P. **Professor sim, tia não**: cartas a quem ousa ensinar. 5. ed. São Paulo: Olho D'água, 1994. 127 p.; FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 146 p.

Feita a apresentação das categorias escolhidas e visando a melhor compreensão destas, passamos a explicitá-las:

1. Constituição Profissional

Nos constituímos em relação como os outros estão inseridos no mundo e, sendo assim, não é um “ato passivo, mas práxis – ação e reflexão sobre a realidade -, inserção nela, ele implica indubitavelmente um conhecimento da realidade” e, deste modo, nos constituímos e nos comprometemos profissionalmente (FREIRE, 1979, p. 10).

1.a. Escolha Profissional

Como já apontamos na parte inicial do trabalho escolhemos a profissão de enfermeira por “gostar de cuidar de pessoas” e, logo no início das aulas de graduação, percebemos que tínhamos feito a escolha certa; não porque não houvera “outra chance”, mas porque se tratava de uma tarefa socialmente relevante com a qual nos sentíamos comprometidas. “Obviamente, reconhecer a importância de nossa tarefa não significa pensar que ela é a mais importante entre todas. Significa reconhecer que ela é fundamental” (FREIRE, 1994, p. 48).

Isso é profundamente mobilizador, gostar de estar, falar e agir deste lugar, de ser uma pessoa com uma missão pessoal, mas especialmente, não sendo alienada e sim participante da tomada de consciência daqueles que nos cercam (FREIRE, 1979).

Observando tais aspectos, buscaremos apreender a partir dos depoimentos das enfermeiras os caminhos que as levaram à escolha profissional e que as fizeram adotar este lugar profissional.

1.b. Formação Inicial

A formação inicial deveria ser a que se compromete e estabelece vínculos de libertação com os educandos, assim não poderia ser *bancária*, na qual

O educador se põe frente aos educandos como sua antinomia necessária. Reconhece, na absolutização da ignorância daqueles a razão de sua existência. Os educandos, alienados, por sua vez, à maneira escravo na dialética hegeliana, reconhecem em sua ignorância a razão da existência do educador, mas não chegam, nem sequer ao modo do escravo naquela dialética, a descobrir-se educadores do educador (FREIRE, 1983, p. 67).

Mas ao contrário, deve ser uma *educação libertadora* que permita aos alunos conhecer e reconhecer a opressão e suas causas, uma formação não alienada, mas refletida na busca de superação da condição a que se está exposto (AZEVEDO, 2010).

Considerando tais pressupostos buscaremos identificar as marcas e as tensões da formação inicial na constituição das enfermeiras.

1.c. Medo e Insegurança

Outra categoria elencada é relacionada ao medo e insegurança, outros dois conceitos que estão interligados, que juntos podem afetar na qualidade de vida e profissional do ser humano.

Para Freire (1994, p. 39) “O medo é algo difícil, penoso, um sentimento de inquietação algo real ou imaginário [...] Medo de enfrentar a solidão. Medo de não poder contornar as dificuldades” e decorrente “Insegurança para enfrentar o obstáculo. Falta de força física, falta de equilíbrio emocional, falta de competência científica, real ou imaginária, do sujeito”.

Neste contexto não devemos negar o medo, o ponto é não permitir que este medo nos paralise, que não nos faça desistir frente às situações que nos levem a desafios.

Outra questão que temos que pensar, também, é o medo de nossos sentimentos, desejos, emoções, o medo que ponham a perder nossa cientificidade, pois

O que eu sei, sei com meu corpo inteiro: com minha mente crítica, mas também com meus sentimentos, com minhas instituições, com minhas emoções. O que eu não posso é parar satisfeito ao nível dos sentimentos, das emoções, das instituições. Devo submeter os objetos de minhas instituições a um tratamento sério, rigoroso, mas nunca despezá-los (FREIRE, 1994, p. 43).

Apoiando-nos nesses pressupostos básicos de Freire (1994), relacionados à formação e atuação da enfermeira procuraremos aprender dos depoimentos das enfermeiras, se há marcas de medos e inseguranças presentes e, se for o caso, quais seriam os processos de superação destes. Num ambiente no qual, a atuação profissional é permeada por situações complexas e de incertezas, pois se trabalha com procedimentos e rotinas relacionados à manutenção da vida, acreditamos que se possa aperceber tensões de perspectivas diferenciadas.

2. Diálogo e Espaço dialógico

O *diálogo* é um conceito fundamental na teoria freireana e requer antes de mais nada que se reconheça o outro, assim como a si mesmo, enquanto portador de saber, de modo que se respeite a sua constituição e a sua experiência. “O diálogo não é um bate-papo desobrigado, mas sim a oportunidade, ‘não isolamento’, com a possibilidade de compreensão do pensamento do outro. É, por fim, o espaço onde se expressa o pensar verdadeiro, esperançoso e confiante” (VASCONCELOS; BRITO, 2014, p.73).

Por isso:

Se ao dizer suas palavras, ao chamar ao mundo, os homens o transformam, o diálogo impõe-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial (FREIRE, 1983, p.42).

No espaço do *diálogo* “não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que em comunhão, buscam saber mais” (FREIRE, 1983, p.46).

2.a. Disponibilidade para o Diálogo

Visto assim, o *diálogo* requer disponibilidade, disponibilidade para a escuta do outro, para reconhecer o que o outro tem a falar, pois “Se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que ele, em certas condições precise de falar a ele” (FREIRE, 1996, p. 113).

A disponibilidade para o *diálogo* requer o entendimento de que “Ninguém sabe tudo; ninguém ignora tudo. Todos sabemos algo; todos ignoramos algo. Sem humildade dificilmente ouviremos com respeito a quem consideramos demasiadamente longe de nosso nível de competência” (FREIRE, 1994, p. 55).

Neste contexto da atuação profissional numa área de saúde, na qual existe a tensão entre ouvir e a certeza do que se deva fazer, permeadas por incertezas sobre as atitudes a tomar, ouvir ao outro tensiona a ação profissional. Aprender com o outro requer generosidade, mas também cuidados com os limites desse processo. Tais questões, poderiam estar marcadas nos depoimentos das enfermeiras e, acreditando nisso, é que selecionamos esta subcategoria.

2.b. Situação de Opressão

Para Freire (1983, p. 35) a situação de *opressão* deve ser considerada com um processo que precisa ser superada pela reflexão e ação, “numa autêntica luta” daqueles envolvidos no processo para que não resulte numa

[...] totalidade desumanizada e desumanizante, que atinge aos que oprimem e aos oprimidos, não vai ceder, como já afirmamos, aos primeiros, que encontram desumanizados pelo motivo de oprimir, mas aos segundos, geram de seu Ser menor a busca do Ser Mais de todos” (FREIRE, 1983, p. 35).

No campo da formação e da atuação em enfermagem podemos verificar a situação de *opressão* na falta de *diálogo* com o outro, ou seja, na relação professor-aluno, em níveis diferenciados de gestão e atuação, dentre outros contextos. Em qualquer um desses contextos é fundamental que se perceba que

[...] a liderança não pode ter nas massas oprimidas objeto de sua posse. Impõe-se a dialogicidade entre lideranças e massas para que no processo de libertação reconheçam a revolução como caminho da superação verdadeira da contradição em que se encontram (VILLA; MIGUEL, 2007, p. 3757).

A situação de *opressão*, em especial, pode ser percebida nas situações de trabalho intensificado pelos turnos prolongados, pelo número insuficiente de funcionários em relação aos pacientes a serem atendidos, pela falta de condições adequadas para o atendimento e mesmo na própria relação enfermeira-paciente.

2.c. Compartimentalização do Trabalho

A rígida divisão do trabalho, em geral, é determinada para o alcance de eficácia na função que se desempenha porque

O que interessa ao opressor é enfraquecer os oprimidos mais do que já estão ilhando-os, criando e aprofundando cisões entre eles, através de uma gama variada de métodos e processos. Desde os métodos repressivos da burocracia estatal, à sua disposição, até às formas de ação cultural por meio das quais manejam as massas populares, dando-lhes a impressão de que as ajudam” (FREIRE, 1983, p. 166).

Pensando no contexto de atuação da enfermagem, em que cada um dos níveis se debruça sobre o mesmo paciente de modo não inter-relacionado, sendo que, por vezes, um não sabe com clareza o que o outro está encaminhando, onde cada um assume sua função, não se estabelecendo o diálogo entre a equipe que oriente a ação que se está desenvolvendo, se pode observar a rígida divisão de trabalho. Pensando deste modo é que buscaremos apreender dos depoimentos das enfermeiras, de que modo estas divisões marcam o seu trabalho, a sua atuação cotidiana no campo profissional.

3. Práxis

Ser um profissional comprometido com a sociedade, com ações e reflexões que devam propiciar a transformação da realidade, requer que estejamos imersos na realidade e em relação com os outros, buscando a superação de toda e qualquer opressão. Todavia, para que isto seja alcançado é de fundamental importância a reflexão sobre a nossa ação, dos que compõem conosco a nossa realidade, pois não há como proporcionar tal transformação se não for no contexto concreto.

Assume-se que os homens são seres da práxis, do que fazer, pois seu fazer é ação e reflexão. É transformação do mundo. O seu que fazer, ação e reflexão, não podem dar-se sem a ação e a reflexão dos outros, se seu compromisso é o da libertação. [...] Ação e reflexão se dão simultaneamente (VILLA; MIGUEL, 2007, p. 3757).

3.a. Reflexão Crítica sobre a Prática

Tal condição somente será superada pela reflexão que e no entendimento da própria prática que “Vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas. [...] Enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, e vir a ser. Não ocorre em data marcada”, pois é um movimento dialético, de idas e vindas, relacionados à condição em que se vive e se atua (FREIRE, 1996, p. 107).

Podemos então argumentar que a “concepção antropológica de Paulo Freire é aquela em que o homem é um ser que pergunta, se interroga e vive num jogo de suas respostas” (AZEVEDO, 2010, p. 45).

No campo de atuação da enfermagem é requerido, sempre, que a enfermeira tenha certeza do que está fazendo, lhe é determinado saber que o paciente está melhorando porque você está dando tudo de si, porque atua da melhor forma. Visto assim, a necessidade de constante reflexão sobre o que se é, sobre o que se conhece, sobre o que se faz é, pensamos, condição fundamental. Mas não é só isso, o refletir sobre as condições profissionais de atuação, sobre as condições em que vivem os pacientes são processos que se apresentam cotidianamente. Tomar consciência destes requer a reflexão e verificar o que dizem as enfermeiras sobre a reflexão sobre a sua ação é que pretendemos com esta subcategoria.

3.b. A Competência Profissional

Não basta compromisso profissional para se realizar mudanças, é preciso agregar ao compromisso a competência profissional

Nada disso é fácil de ser feito e eu não gostaria de dar a impressão aos leitores e leitoras de que basta querer para mudar o mundo. Querer é fundamental, mas não é suficiente. É preciso também saber querer, aprender a saber querer, o que implica aprender a saber lutar politicamente com táticas adequadas e coerentes com os nossos sonhos estratégicos. [...]. Tudo o que se puder fazer com competência, lealdade, clareza, persistência, somando forças para enfraquecer as forças do desamor, do egoísmo, da malvadez, é importante (FREIRE, 1994, p. 47).

Nesse sentido, torna-se necessária a presença da enfermeira no campo da atuação profissional da enfermagem, não de qualquer enfermeira, mas daquela que tem a competência técnica, que seja compromissada com as mudanças em seu campo de ação para a melhoria da condição da população oprimida.

3.c. Comprometimento com a Mudança

Neste sentido, a tarefa da enfermeira é tão relevante como a da professora já que é:

Exigente de seriedade, de preparo científico, de preparo físico, emocional, afetivo. É uma tarefa que requer de quem com ela se compromete um gosto especial de querer bem não só aos outros, mas ao próprio processo que ela implica. É impossível ensinar sem essa coragem de querer bem, sem a valentia dos que insistem mil vezes antes de uma desistência (FREIRE, 1994, p. 8).

Por isso há a “necessidade que temos de poder lutar cada vez mais eficazmente em defesa de nossos direitos, de ser competentes e estar convencidos da importância social e política de nossa tarefa” e para tal “É preciso ... um ‘amor armado’, um amor brigão de quem se afirma no direito ou no dever de ter o direito de lutar, de denunciar, de anunciar”. (FREIRE, 1994, p. 57). Tais condições foram referenciais para a apreensão do que falaram as enfermeiras em seus depoimentos.

Após explicitarmos as categorias e subcategorias de análise, passamos então a descrever a metodologia que utilizamos no desenvolvimento deste trabalho o que, está de fato intrinsecamente relacionado a elas, pois as mesmas são os nossos referenciais para a análise do conteúdo dos depoimentos das enfermeiras (MORAES, 1999).

4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS

Após a autorização dada pela instituição hospitalar e entregue ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNIMEP, com a aprovação do projeto tendo o número 61/2015 (Anexo 01). Iniciamos nossa coleta de dados.

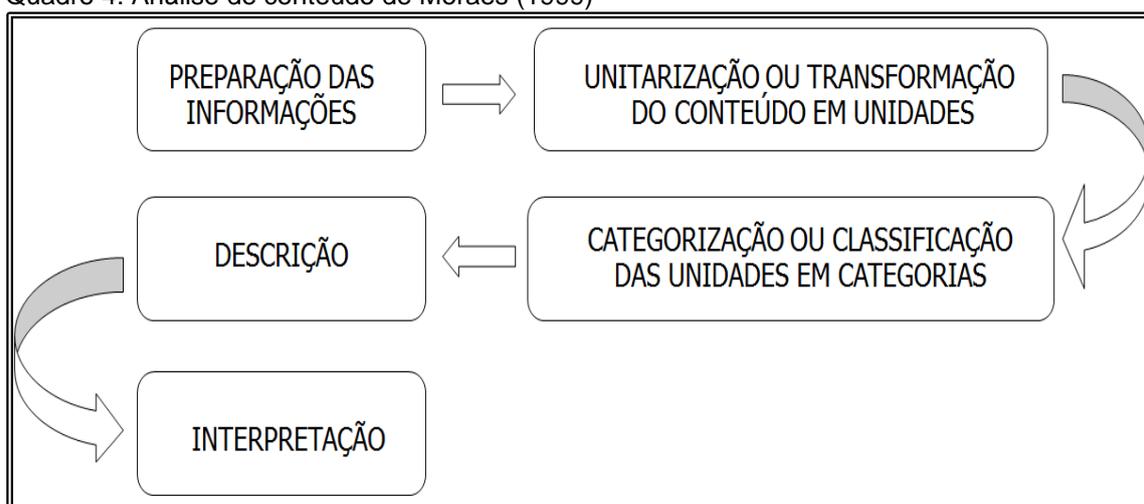
4.1. TIPO DE ESTUDO

O estudo apresentado é de natureza qualitativa, tendo como delineamento dois procedimentos, um levantamento bibliográfico e o outro uma pesquisa de campo, para a qual obtivemos os dados por meio de entrevistas a partir de um questionário (Apêndice 02) e por um roteiro estruturado (Apêndice 03).

Mas a que nos referimos quando estamos falando de estudo qualitativo? Podemos dizer que “é a pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações da prática” (MINAYO; DESLANDES, 2002, p. 197).

Contudo, é preciso observar que “os dados advindos dessas diversificadas fontes chegam ao investigador em estado bruto, necessitando, então, ser processados para, dessa maneira, facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência a que aspira a análise de conteúdo” (MORAES, 1999, p. 2).

Quadro 4: Análise de conteúdo de Moraes (1999)



Fonte: MORAES, Roque. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

4.2. UNIVERSO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um Hospital de grande porte de uma cidade do interior do estado de São Paulo, que tem a particularidade de uma grande demanda de atendimento voltada ao SUS.

O hospital possui 360 leitos, sendo 60% destinados ao SUS e 40% aos convênios e particulares. São estimados 1.200 funcionários de enfermagem, entre auxiliares, técnicas e enfermeiras, tendo aproximadamente 295 médicos dentre diversas especialidades.

Nesta instituição a divisão de cargos é feita por categoria, ou seja, Enfermeiras Coordenadoras, Enfermeiras Supervisoras e Enfermeiras Assistências. As Coordenadoras cuidam da parte administrativa do setor, da manutenção de equipamentos e do gerenciamento de toda a equipe de enfermagem. As Supervisoras, como o próprio nome diz, supervisionam a equipe de enfermagem no que for preciso, auxiliam em procedimentos invasivos, acompanha os médicos nas visitas aos doentes, atende as intercorrências do setor e responde à equipe na ausência da coordenadora. As Assistências prestam assistência direta ao paciente, executando ações de enfermagem que estão prescritas ou que aparecerem durante o plantão e sua prioridade é o atendimento integral ao paciente.

O total de profissionais de enfermagem que temos neste hospital é de 160 Enfermeiras, que englobam as áreas de enfermarias, os pronto-atendimentos, os serviços de urgências e emergências, as unidades de tratamentos intensivos neonatos, pediátricos, coronários e adultos. O foco dessa dissertação é voltado ao local das enfermarias, atuantes nas enfermarias de clínica-médica, cirúrgica e pediátrica, o número de Enfermeiras atuantes é de 92 Enfermeiras graduadas, neste total estão inclusas as Coordenadoras, Supervisoras e as Assistenciais. Nosso público é voltado as Enfermeiras Assistências, encontramos nessas enfermarias 56 delas, nos períodos manhã, tarde e noite. Porém destacamos como critério Enfermeiras Assistências atuantes no período noturno por conveniência, sendo esse horário trabalhado pela pesquisadora. No entanto, nesse período existem 12 Enfermeiras Assistências, e seguirmos os critérios abaixo, obtivemos um total de 7 Enfermeiras Assistenciais. As 07 Enfermeiras Assistências selecionadas são recém-formadas em cursos de ensino superior em enfermagem, de universidades reconhecidas no Brasil.

Seguimos os seguintes critérios, conforme descrito na Tabela 1:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
• Ter menos de 04 anos de formada
• Ser Enfermeira Assistencial
• Trabalhar na enfermagem de clínica-médica, cirúrgica ou pediátrica
• Ter cursado somente, a graduação em enfermagem
• Não ter cursado pós-graduação
• Aceitar assinar o TCLE

Tabela 1: Critérios de Inclusão das enfermeiras entrevistadas.

Após a seleção das enfermeiras foi explicado a elas sobre projeto e as que concordaram em participar e assinaram o TCLE foi combinado um horário para a realização das entrevistas.

4.3. ENTREVISTAS

A entrevista estruturada é apoiada em um rol de perguntas pré-estabelecidas, padrão para todos os entrevistados, ficando os sujeitos condicionados a elas, no entanto as respostas dadas podem apresentar uma multiplicidade de conteúdos a serem analisados (MINAYO, 1994).

O roteiro foi previamente entregue ao entrevistado para que ele pudesse requerer esclarecimentos e, também, optar por responder ou não alguma das respostas. As entrevistas desenvolveram-se de modo individual, após agendamento anterior com o sujeito. Para a gravação da entrevista nos utilizamos de um gravador digital de alta definição.

Abaixo apresentamos o roteiro que serviu para a condução das entrevistas:

1. O que lhe conduziu à escolha do curso de Graduação em Enfermagem?
2. Qual era sua expectativa em relação ao curso? Ela se concretizou? Sim ou não? Por quê?
3. Em sua formação inicial você teve possibilidades em atuar no campo profissional? Se sim, como? Se não, por quê?
4. A sua formação inicial foi suficiente para sua atuação profissional? Você acredita que tem os conhecimentos necessários para esta prática?

5. Fale de seu percurso profissional depois que você se graduou?
6. Fale de sua atuação profissional e de como você trata de seus pacientes?
7. Para você o que é o cuidado humanizado?
8. Quais são as facilidades que você tem na sua atuação profissional e quais são as dificuldades que você enfrenta?

Vale ressaltar que para se chegar ao roteiro acima exposto, foram realizadas duas entrevistas “piloto” que permitiram esta estruturação. (Apêndice 01), as quais nos auxiliaram para elaboração das categorias a partir das leituras de Paulo Freire (1983, 1994, 1996).

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas, seguindo os critérios de Moraes (1999) para a realização das análises.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados utilizamos o método denominado Análise de Conteúdo proposto por Moraes (1999). A Análise de Conteúdo compõe uma metodologia de pesquisa que descreve e interpreta o conteúdo de toda a classe de documentos e textos, reinterpreta mensagens e ajuda na compreensão de seus significados, em um nível que vai além de uma leitura comum (MORAES, 1999).

A Análise de Conteúdo envolve procedimentos para o processamento de dados científicos, é uma ferramenta, como um guia prático para a ação nas funções que propõe investigar. Considera-se como um único instrumento, no entanto, sendo marcado por diversas formas de adaptação à campos diferenciados de aplicação, para diferentes tipos de comunicação (MORAES, 1999).

A análise pode ser a partir de qualquer material que seja oriundo da comunicação verbal ou não verbal, como: cartazes, revistas, cartas, jornais, livros, relatos autobiográficos, informes, gravações, discos, entrevistas, filmes, vídeos, diários pessoais, fotografias etc. Entretanto, os dados sucedidos dessas diversificadas fontes chegam ao pesquisador em estado bruto e necessitam ser processados para facilitar o trabalho de interpretação, compreensão e inferência a que aspira a Análise de Conteúdo. As pesquisas poderão direcionar-se ao mesmo tempo para duas ou mais destas questões, da mesma forma que os métodos e técnicas de análise poderão variar em funções dos objetivos propostos (MORAES, 1999).

O processo de Análise de Conteúdo é constituído em cinco etapas: preparação das informações; unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; categorização ou classificação das unidades em categorias; descrição e interpretação (MORAES, 1999).

A seguir discutiremos cada uma das etapas percorridas no desenvolvimento da interpretação dos dados, nos apoiando no autor que nos deu base.

Na **preparação** dos dados com as informações em posse, identificamos as diferentes amostras a serem analisadas, realizando uma nova releitura de todos os materiais e tomando a primeira decisão sobre as que estavam de acordo com o objetivo de pesquisa. Após isso, iniciamos o processo de codificação, estabelecendo códigos que nos possibilitaram identificar cada elemento da amostra a serem analisadas.

A **unitarização** foi realizada em seguida. Relemos cuidadosamente os materiais com a finalidade em definir as unidades de análises, que foram determinadas em forma de frases ou partes delas. Todavia, estas se referiam, ainda, a dados brutos, porém em unidades menores. Isolamos cada unidade e, dessa forma, sendo reescrita puderam ser compreendidas fora do contexto original.

Antes de tratarmos os nossos procedimentos em relação à **categorização** é importante destacar que, para Moraes (1999, p. 6):

A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas. Podem ser sintáticos definindo-se categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos, etc. As categorias podem ainda ser constituídas a partir de critérios léxicos, com ênfase nas palavras e seus sentidos ou podem ser fundadas em critérios expressivos focalizando em problemas de linguagem. Cada conjunto de categorias, entretanto, deve fundamentar-se em apenas um destes critérios.

No caso de nossa pesquisa optamos por **categorias temáticas**, pré-definidas a partir dos pressupostos teóricos de Paulo Freire, em três de suas obras, sendo elas: *Pedagogia do oprimido* (1983), *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar* (1994) e *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (1996), o que já foi explicitado em capítulo anterior.

Destas obras retiramos três grandes categorias a Constituição Profissional, o Diálogo e o Espaço Dialógico e a Práxis, sendo subdivididas cada uma em mais três subcategorias. Compuseram a primeira categoria: a Escolha Profissional, a Formação Inicial e o Medo e a Insegurança. Constituíram a segunda categoria: a Disponibilidade para o Diálogo, a Situação de Opressão e a Compartimentalização do Trabalho.

Finalmente, formaram a terceira categoria: a Reflexão Crítica sobre a Prática, a Competência Profissional e o Comprometimento com a Mudança.

Assim, a amplitude e precisão das categorias estão diretamente ligadas ao número de categorias, quanto mais subdivididos os dados e quanto maior o número de categorias maior a sua precisão na classificação. O objetivo básico da análise de conteúdo é produzir uma redução dos dados de uma comunicação, o que em geral exigirá um número reduzido de categorias.

Continuando a discussão e para melhor entendimento do processo de análise, Moraes (1999, p. 6) aponta que

A categorização é sem dúvida, uma das etapas mais criativas da análise de conteúdo. Entretanto, seja com categorias definidas a priori, seja com uma categorização a partir dos dados, o estabelecimento de categorias necessita obedecer a um conjunto de critérios. As categorias devem ser *válidas, exaustivas e homogêneas*.

São válidas por se adequar as categorias aos objetivos propostos. Exaustivas, pois possibilitam a categorização de todos os conteúdos significativos, definidos de acordo com os objetivos da análise, ou seja, nenhum dado que tenha significado pode ficar de fora da classificação. São homogêneas, pois todo o conjunto é estruturado em uma única dimensão de análise. Tal condição deve observar a objetividade, sendo que não deveria ficar nenhuma dúvida quanto às categorias em cada unidade de conteúdo deveria ser integrada.

Em nosso processo de **categorização**, como já foi apontado, estabelecemos as categorias a partir da teoria que nos deu suporte. Em seguida fizemos o agrupamento por categoria das unidades de análise, que havíamos separado no procedimento anterior.

O próximo momento foi o de descrição, no qual produzimos um texto síntese que expressasse o conjunto de significados que estavam presentes na unidade de análise, nos apoiando nas referências das obras de Freire (1983, 1994, 1996). Ainda não interpretando o que encontramos, mas sim na busca de expressar os significados achados. Este trabalho, juntamente com o próximo que passaremos a descrever, está explicitado no capítulo posterior.

A etapa de **interpretação** visou atingir uma compreensão mais aprofundada do conteúdo das mensagens através de inferências e interpretação daquilo que era identificado. No movimento interpretativo buscamos a exploração dos significados expressos nos depoimentos a partir das categorias pré-determinadas, os comparando com a proposta de estudo do conteúdo das mensagens expressos nos objetivos. É o que passamos a descrever no próximo capítulo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As entrevistas pelas quais se pode obter os dados foram realizadas no período de dezembro de 2015, na própria instituição de trabalho das enfermeiras, conforme autorização dadas pelo hospital. Entrevistamos 7 enfermeiras assistenciais atuantes em enfermarias de clínica médica, cirúrgica e pediátrica.

A tabela abaixo apresenta as características básicas de nossas entrevistadas:

Sujeito	Sexo	Idade	Instituição de Formação	Ano de Formação	Tempo de Atuação	Tempo para ingressar no hospital	Área de Atuação
1	Feminino	24	Particular	2014	9 meses	3 meses	Clínica Médica
2	Feminino	24	Particular	2012	8 meses	2 anos e 4 meses	Cirúrgica
3	Feminino	25	Particular	2012	1 e 8 meses	1 ano e 4 meses	Pediátrica
4	Feminino	29	Particular	2011	2 anos	2 anos	Clínica Médica
5	Feminino	27	Particular	2013	1 e 9 meses	3 meses	Pediátrica
6	Feminino	36	Particular	2011	2 anos	2 anos	Clínica Médica
7	Feminino	27	Particular	2012	2 anos	1 ano	Cirúrgica

Tabela 2: Características das Enfermeiras entrevistadas

Podemos observar que nossas sujeitas são do sexo feminino, com a idade entre 24 a 36 anos, tendo todas cursado a graduação em enfermagem em instituições privadas, dentre os anos de 2011 a 2014, conforme determinamos nos critérios de seleção, sendo atuantes como enfermeiras assistenciais em enfermarias de 8 meses a 2 anos, nas áreas de clínicas médicas, cirúrgicas e pediátricas. Destacamos da tabela à espera de aproximadamente 1 ano que as entrevistadas tiveram para a possibilidade de uma oportunidade em poderem atuar na enfermagem, o que torna preocupante pelo fato do distanciamento da área para então voltarem e atuarem no cuidado integral dos pacientes. Elas são recém-formadas devido os critérios da categoria de Enfermeira Assistencial contratadas pela instituição hospitalar.

Para as análises nos utilizamos de categorias temáticas pré-determinadas, a partir do pressuposto da teoria de Paulo Freire (1983, 1994, 1996), conforme já explicitado no capítulo anterior, nos apoiando na metodologia de Análise de Conteúdo de Moraes (1999).

Passamos, então a realizar a categorização das unidades de análise dos depoimentos, retomando a descrição de cada categoria e, finalmente, apresentaremos nossa interpretação, a partir das inferências realizadas, buscando destacá-los nos depoimentos das enfermeiras.

Faremos isto a partir das categorias que foram pré-determinadas.

1. Constituição Profissional:

Esta grande categoria foi pensada a partir do pressuposto que nos constituímos profissionalmente na ação profissional e nos comprometemos a partir de nossa reflexão sobre a própria prática. Esse processo de constituição e comprometimento vai sendo estruturado desde a escolha profissional, a formação inicial e a atuação profissional passando, inclusive, pelos nossos medos e inseguranças nessa ação (FREIRE, 1979).

1.a. Escolha Profissional

Esta categoria foi determinada por estar associada ao reconhecimento do próprio ofício enquanto uma ação profissional fundamental na sociedade em que se está inserido, expressando o comprometimento pessoal neste processo (FREIRE, 1994).

Pudemos selecionar dos depoimentos das enfermeiras as seguintes unidades de análise que se referissem à esta subcategoria:

E1: O gosto em resgatar pacientes fora do ambiente hospitalar. Ter um diploma de ensino superior, ser bem remunerada.

E2: O prazer em poder ajudar e cuidar do próximo.

E3: Eu amo cuidar, é uma honra para mim poder participar de tantas histórias lindas de superação.

E4: A princípio foi a desistência ao ingressar no curso de medicina, mas visando sempre o cuidar do próximo.

E5: Quando criança, e muitas vezes quando ia ao Hospital, ficava fascinada pelas pessoas de branco (equipe de enfermagem) que me faziam ficar bem, me tiravam a dor.

*E ao decorrer da vida, cada vez mais me interessava sobre a profissão e após concluir um curso técnico (contabilidade), na qual era **sonho dos meus pais**, fiz a graduação em enfermagem.*

*E6: Sempre **gostei de cuidar**, e nunca tive oportunidade de fazer nenhum curso, mas quando surgiu uma oportunidade fui correndo atrás dos meus objetivos.*

*E7: O que me conduziu para a escolha foi a família, uma vez que grande parte dos familiares são enfermeiros. Sai do ensino médio sem saber o que realmente gostaria como profissional, assim **seguindo orientações dos meus familiares** escolhi a enfermagem.*

Ao analisarmos as falas das enfermeiras podemos perceber que associam a sua profissão à um **ofício devocional, um ato de amor**, se identificando com isso. Essas expressões podem ser identificadas de modo mais marcante nos depoimentos de Tais inferências podem ser verificadas em E2, E3 e E6, pois como afirmam em suas falas, a escolha profissional se deu pelo prazer e pelo gosto de cuidar dos outros.

Todavia,

Se o compromisso só é válido quando está carregado de humanismo, este, por sua vez, só é consequente quando está fundado cientificamente. Envolve, portanto, ao compromisso do profissional, seja ele quem for, está a exigência de seu constante aperfeiçoamento, de superação do especialismo, que não é o mesmo que especialidade. **O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos** (FREIRE, 1979, p. 10 – grifo nosso).

A enfermagem é considerada como uma missão, uma doação, uma entrega, sendo pouco respeitada, os profissionais são tratados como servos, doadores, na ideia que a ação profissional é uma dádiva e cuidar do outro é dedicação pessoal e não trabalho realizado. O tratamento não é pelo cuidado e sim por obrigação, o que acaba por frustrar os profissionais da área de enfermagem.

Dos depoimentos das entrevistadas E5 e E7 podemos inferir **a influência da família na escolha profissional**, sendo que esta última, ainda aponta que não sabendo o que fazer seguiu a sugestão familiar. A entrevistada E4, aponta que fez a opção profissional por **não ter conseguido ingressar em medicina**, reforça que isso se deu porque visava cuidar do próximo.

Já a E1 reforça o **gosto em cuidar do próximo**, mas apontando que escolheu a profissão numa expectativa de ter uma melhoria de vida, aproximando-se em considerar que a enfermagem permitiria uma melhor remuneração.

Escutamos muito, em nossa atuação profissional, os mesmos argumentos acima, em especial apontando a opção pela enfermagem porque a família era da área ou porque não se conquistou o curso de Medicina. Freire (1994, p. 48) faz um alerta às professoras, mas este serve, também, para a área de enfermagem, quando diz: **“Eu não posso, porém, formar-me para a docência apenas porque não houve outra chance para mim, menos ainda, somente porque, enquanto me ‘preparo’, espero um casamento”**. (Grifo nosso)

Pudemos apreender das falas das enfermeiras que a escolha profissional se apresenta com forte carga de humanismo, demonstrando a preocupação com o cuidado ao próximo, buscando a transformação do ambiente em que atuam. Todavia, pode-se inferir, também, que relacionam a própria profissão enquanto uma missão o que pode determinar dois aspectos, por um lado a aceitação da falta de profissionalização relacionadas à remuneração e às condições e por outro lado a possibilidade de acomodação em relação à busca de aperfeiçoamento.

1.b. Formação Inicial

A formação inicial trata-se de um momento relevante para o ensino de conhecimentos necessários à atuação profissional. Todavia, o que em geral acontece é se desenvolve um processo educacional que aparta a prática educativa da futura ação profissional. Ainda mais, um ensino que considera os estudantes enquanto depósitos vazios a serem preenchidos por conteúdos de domínio exclusivo do professor, o que acaba por acarretar que o processo de aprendizagem não lhes seja significativo. A isto Paulo Freire dá o nome de Educação Bancária, ou seja, uma formação socialmente alienada da realidade que está inserida (FREIRE, 1983).

Ao analisarmos os depoimentos das enfermeiras pudemos verificamos muitos destas marcas que aludissem à esta subcategoria:

E1: Estagiei por 2 anos como estagiária de enfermagem cuidando de crianças diabéticas na prefeitura de Americana.⁷

E2: Minhas expectativas em relação ao curso eram uma formação teórica e prática com qualidade que me permitisse sair pronta e segura para atuar na minha área de formação. Acredito que não foi suficiente. Pois adquirir o conhecimento teórico, porém me faltava o conhecimento prático. E tive dificuldade de relacionar teoria à prática. Isto foi desenvolvendo no dia-a-dia com ajuda de outros profissionais.

E3: Se concretizaram a nível de conhecimento teórico, mas a nível de experiências e habilidades, não, pois eu creio que elas só são adquiridas ao longo da carreira profissional.

E4: A minha expectativa, em relação ao curso, era sair da faculdade apta a desenvolver ações que pudessem beneficiar o meu paciente; e ela se concretizou, pois consigo ter uma visão um pouco além da realidade momentânea do paciente, ajudando-o no progresso da sua recuperação.

E5: Porém o curso de enfermagem poderia ser mais. Somente pude atuar no final do curso, durante os estágios supervisionados, porém a atuação foi mínima, devido nossa “inexperiência” muitos profissionais do campo de estágio nos privavam de muitos procedimentos, dando oportunidade somente a quem tinha “técnico em enfermagem”, só podíamos observar, uma frustração para mim.

Minha formação inicial foi básica, matérias eram apresentadas muitas vezes aos tópicos e tínhamos que ir atrás de estudar com livros, internet, etc.

E muitas vezes tínhamos matéria e quem lecionava era um profissional fora da enfermagem como por exemplo a matéria “nutrição”, nosso professor era um técnico em alimentos. Enfim, a matéria foi direcionada a um público de técnicos de alimentos e não à alunos de enfermagem. Essa foi mais uma frustração para mim.

E6: Minhas expectativas eram de alcançar os meus objetivos no estudo, se concretizou porque tive a oportunidade em trabalhar na área.

Tive oportunidade de estagiar num CAPS, mas não tem como comparar com o hospital, porque no hospital a gente está à frente de tudo, paciente/família, e no CAPS é só cuidados.

E7: Atuei somente nos campos de estágios que eram de curto período e ofereciam pouca bagagem para o aprendizado, assim minhas experiências práticas foram pouco satisfatória.

⁷ O estágio foi simultâneo à graduação, todavia não era formalmente relacionados à ela.

*A minha formação inicial apenas me proporcionou o **conhecimento básico** para o desempenho no trabalho, os conhecimentos necessários foram **adquiridos a partir da experiência profissional** que me colocou em contato direto com a atuação real do enfermeiro, me fornecendo confiança e habilidades técnicas para o desempenho do meu papel, lembrando que cada dia é um aprendizado diferente.*

Nas falas das enfermeiras pudemos apreender o indício de uma **Educação Bancária**, alienada da realidade em que estavam inseridas. Isto se pode perceber nas falas de E2 e E3 quando argumentam que na graduação receberam o conhecimento teórico da área, porém já na atuação, quando se depararam com a realidade, sentiam que nada sabiam, que os conhecimentos não eram suficientes à sua atuação. Freire (1983, p. 67) aponta que na *educação bancária* o professor, mesmo que não seja por sua clara opção, mantém o aluno na ignorância, como mero espectador, sendo o professor o único dotado de conhecimento e os “educandos, alienados, por sua vez, à maneira escravo na dialética hegeliana, reconhecem em sua ignorância a razão da existência do educador”.

É o que podemos observar, constantemente, no campo de atuação profissional, quando recebemos novas profissionais que chegam com conhecimentos teóricos, porém quando se deparam com a realidade do trabalho, não os sabem pôr em prática, criando uma tensão entre aquilo que se sabe fazer e o que é preciso ser feito. Buscando amenizar esta condição, algumas instituições contam com equipes de treinamento para receber as egressas e auxiliá-las em sua inserção na realidade institucional, todavia isto é uma solução que busca nivelar o que a formação inicial não propicia.

Nos depoimentos das entrevistadas E5 e E7 podemos identificar que durante os estágios que a atuação prática **só era permitida minimamente** e que não se podia fazer muita coisa, pois os profissionais da área não as deixavam executar nenhum procedimento, **“só podiam observar”** ou, ainda, que as experiências proporcionadas eram insuficientes. Já a E1 e E6 apontam que tiveram oportunidade de estagiar, mas a primeira o faz de maneira desvinculada da formação inicial e a segunda aponta que fez o estágio, mas não na área hospitalar

Vimos nos discursos das enfermeiras uma marca bastante presente na formação inicial, ou seja, que a falta de conhecimentos práticos, a pouca oportunidade de estágios supervisionados que seja significativa ao aprendizado, comprometem a inserção e o desempenho no campo profissional. Neste sentido podemos afirmar que o modelo de **educação bancária** discutida por Freire (1983) é ainda bem presente no campo de formação inicial.

Muitas acreditam que **não estão preparadas para o mercado de trabalho**, por **não terem oportunidade em atuarem profissionalmente** no período que frequentam a graduação e, também, pela **pouca convivência** no ambiente profissional em si. Essa é mais uma forma de alerta para as instituições formadoras estarem atentas e reformulem suas matrizes curriculares, buscando a adequada preparação de seus egressos para a ação profissional, de modo que a tensão gerada pelo impacto do recém-formado o com o ambiente profissional seja amenizada, de modo que o processo de atuação inicial seja favorecido.

[...] como prática social, humanística, científica, crítica e libertadora; **uma concepção de currículo em processo, que necessita da participação de todos os envolvidos no processo educativo**; uma concepção de aprendizagem que respeita o desenvolvimento afetivo, social e cognitivo do educando, **considerando-o o agente construtor de seu conhecimento na interação com o outro e com o objeto de conhecimento** (SME, 1992, p. 22 – grifo nosso).

O **estágio deveria ser o lugar de aprendizado** e de vivência para os alunos, porém **não é o que observamos**, sendo que as escolas formadoras deveriam ter mais atenção a esse processo já que esse espaço é fundamental para a formação profissional, relacionada ao campo de da atuação, no qual a marca mais relevante é a dedicação ao próximo.

Algumas das entrevistas nos **apresentaram indícios da tensão vivenciada pelas enfermeiras** quando nos dizem que a graduação deu à elas todos os conhecimentos teóricos/práticos necessários para sua atuação e, logo depois, se contradizem dizendo que **não estão preparadas para atuarem profissionalmente** por não terem vivenciado o campo de modo adequado nos estágios ou, o que demonstram uma marca da enfermagem, por não terem frequentado o curso técnico e **sentirem dificuldades na atuação**, em especial, na área hospitalar.

Nos parece então que permanecem *alienadas* de sua verdadeira condição de formação. Para Freire (1979, p. 13) a **“alienação do profissional não lhe permite perceber está obviedade**. Seu compromisso se desfaz na medida em que o instrumento para sua ação é um instrumento estranho, às vezes antagônico, à sua cultura” (grifo do autor).

As falas das enfermeiras nos mostraram algumas marcas e tensões da profissão, constituídas desde a formação e perpassando a atuação propriamente dita, revelando certa **“ingenuidade, que é uma forma “desarmada” de enfrentamento da realidade, apenas olhamos e, porque não ad-miramos, não podemos adentrar o que é olhado, não vendo o que está sendo olhado”**. (FREIRE, 1979, p. 23)

1.c. Medo e Insegurança

O medo e a insegurança como descrevemos apoiando-nos em Freire (1994, p.39) quando diz que “Nesta relação entre o sujeito que teme a situação ou o objeto do medo há ainda outro elemento componente que é o sentimento de insegurança do sujeito temeroso”, está bem presente na fala das enfermeiras.

Deste modo então, selecionamos dos depoimentos das enfermeiras, unidades de análise que se referissem a esta subcategoria:

*E2: Não se concretizou de certa forma, pois **não me senti preparada para atuar no mercado de trabalho**. Havia muitas dúvidas quanto a procedimentos que durante os estágios **não tive tantas oportunidades de exercer**.*

*E5: Atuo na Pediatria do convênio sou enfermeira assistencial, e juntamente comigo trabalham Enfermeiros, técnicos e auxiliares. No início quando soube que iria trabalhar na pediatria, **fiquei assustada e feliz**. Feliz porque adoro crianças e **assustada devido meu estágio vago na pediatria**. Porém encarei com muito carinho, dedicação e vontade de aprender.*

*E7: Atuei somente nos campos de estágios que eram de **curto período e ofereciam pouca bagagem para o aprendizado**, assim **minhas experiências práticas foram pouco satisfatória**.*

Vimos através das entrevistas que a marca do medo e da insegurança e a tensão entre a necessidade de ação e não se sentir preparada está bem presente nos depoimentos das enfermeiras.

A E2 em sua fala diz **que não se sente preparada para atuar no campo de trabalho** devida formação que recebeu e pela pouca oportunidade de estágio, sendo que E7 afirma a mesma condição. Já E5 fala que viveu a contradição entre ficar feliz pela área de atuação e assustada pois tinha **pouca vivencia na área**.

O medo e a insegurança são uma marca presente na formação e na atuação das enfermeiras, também gerado por **não ter os conhecimentos adequado**, pelo não se sentir preparados para o ambiente diferenciado do hospital. O medo pode surgir, como argumenta Freire (1996, p.135), de não se reconhecer a insegurança.

Minha segurança não repousa na falsa suposição de que sei tudo, de que sou o “maior”. **Minha segurança se funda na convicção de que sei**

algo e de que ignoro algo a que se junta a certeza de que posso saber melhor o que já sei e conhecer o que ainda não sei. (Grifo nosso)

É importante que reconhecemos o que sabemos e o que nos falta saber, tomando consciência de que a área hospitalar é um ambiente diferenciado, pois estamos lidando com pessoas doentes, debilitadas, com a saúde em risco, e tratamos da morte diariamente. Se não tivermos consciência de nossas habilidades e limitações, se não articularmos os nossos saberes com os saberes de nossos companheiros de trabalho, se deixarmos o medo e a insegurança nos tomar conta, a qualidade de trabalho necessária ao atendimento do paciente ficará comprometida.

Nas entrevistas de E1, E3, E4, E6 e E7 não percebemos indícios da expressão desses sentimentos, por isso não as pontuamos aqui.

2. Diálogo e espaço dialógico:

Esta segunda grande categoria foi refletida a partir da pressuposição, como nos lembra Freire (1983), que a conquista implícita no diálogo é a conquista do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para a libertação dos homens. Compuseram essa categoria as subcategorias: a disponibilidade para o diálogo, a situação de opressão e a compartimentalização do trabalho.

2.a. Disponibilidade para o diálogo

Esta categoria foi determinada por estar associada a tensão entre a disponibilidade de ouvir ao outro e a certeza e incertezas sobre quais atitudes que se deva tomar. Como nos lembra Freire (1983, p.93) o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens.

Com isso selecionamos dos depoimentos das enfermeiras que unidades de análise que poderiam estar marcados por estas tensões.

*E1: **Tenho ética, atendo bem meus pacientes, faço o melhor que posso para o tratamento e cura deles com paciência e amor.***

Cuidar do paciente como um todo, bem estar físico, emocional, oferecer todo o cuidado, suporte, apoio e confiança, me coloco no lugar do paciente e ofereço o melhor sempre.

E2: Atuo de forma dedicada, fazendo meu trabalho de maneira correta, praticando a empatia, tratando os pacientes com respeito, explicando sobre os procedimentos e sobre as medicações.

Sempre praticando a empatia, tratando os pacientes de maneira holística, dando sempre atenção ao que o paciente e a família têm a dizer.

*E3: Acredito que o cuidado humanizado implica **muito em empatia**, em se colocar no lugar do outro, em dar o meu melhor para aquele paciente, muitas vezes confortando sua família diante de uma situação tão delicada. **É conversar com o paciente**, ainda que ele esteja com um nível de consciência rebaixado e não responsivo, mas **mostrando que me importo com ele** mesmo assim, pois é uma vida, um ser humano que está sob meus cuidados.*

*E7: Trabalho na função de enfermeira assistencial, realizo procedimentos referentes ao cuidado integral do paciente, assim como procedimentos privativos do enfermeiro, **trato os pacientes com respeito** e busco sempre **desempenhar meu papel da melhor maneira possível**, tendo como objetivo melhores condições de saúde a meu paciente.*

Das falas das enfermeiras podemos apreender **a relevância que dão à empatia**, o que é explicitado nos depoimentos de E2 e E3 e, também na entrevista de E1 quando afirma que **se coloca no lugar do outro**.

Isto é relevante pois o não diálogo, **a não empatia implica em não comunicação com o outro**, pois

É no diálogo que nos opomos ao antidiálogo tão entranhado em nossa formação histórico-cultural, tão presente e, ao mesmo tempo, tão antagônico ao clima da transição. O antidiálogo, que implica uma relação de A sobre B, é o oposto a tudo isso. É desamoroso. Não é humilde. Não é esperançoso; arrogante; autossuficiente. **Quebra-se aquela relação de “empatia” entre seus polos, que caracteriza o diálogo. Por tudo isso o antidiálogo não comunica. Faz comunicados** (FREIRE, 1979, p. 40 – grifo nosso).

Essas percepções podem ser vistas através das seguintes falas das enfermeiras: em E1 quando diz que **“faço o melhor que posso me coloco no lugar do paciente e ofereço o melhor sempre”**. A E2 fala da atuação da mesma forma **“fazendo meu trabalho de maneira correta, praticando a empatia, tratando os pacientes com respeito”**, explicitando sua crença num cuidado humanizado, baseado no diálogo. A E3 acredita que **“o cuidado humanizado implica muito em empatia, em se colocar no lugar do outro, em dar o meu melhor para aquele paciente”**, **“ainda que ele esteja com um nível de consciência rebaixado e não responsivo, mas mostrando que me importo com ele mesmo**

assim”. E7 relata que **“trata os pacientes com respeito”**, importando-se em melhorar as suas condições de saúde.

Percebemos na fala das enfermeiras a associação do cuidado a **um ato de amor**, o que poderia ser visto como uma forma ingênua de relação entre a enfermeira e o paciente. No entanto, **“Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda”** (FREIRE, 1983, p. 93-94 – grifo nosso).

2.b. Situação de opressão;

Além disso, tratar *diálogo* é discutir como o outro age em situação de opressão, de trabalho intensificado, de exaustão frente a falta de funcionários e o aumento de pacientes, da condição de acomodação. Na situação de opressão “Os oprimidos, contudo, acomodados e adaptados, “imersos” na própria engrenagem da estrutura dominadora, temem a liberdade, enquanto não se sentem capazes de correr o risco de assumi-la” (FREIRE, 1983, p. 35-36).

Tais marcas e tensões puderam ser percebidas nos depoimentos das enfermeiras quando disseram:

E1: Lidar com as pessoas, digo com os colegas de trabalho e com os acompanhantes, estas são as maiores dificuldades que sinto que a enfermagem enfrenta dentro das enfermarias, pois o cuidado você não pode deixar de dar, mas a grosseria da família, é muito difícil.

E2: Dificuldades em lidar com alguns colegas de trabalho que tratam as enfermeiras assistenciais com certo preconceito e fazem piadas de mau gosto.

E3: Creio que seja no aspecto de liderança, pois sei que ainda estou em desenvolvimento nessa área; também acho que seja um desafio dar uma assistência de maior qualidade, quando isso as vezes é um pouco difícil, devido à grande demanda do setor, e principalmente a quantidade de pacientes mais complexos.

E4: Me considero uma boa profissional, tentando, apesar de condições não favoráveis, fazer tudo dentro das técnicas corretas, seguindo protocolos da instituição.

E5: Dificuldades sempre encontraram em diversas áreas, porém lá encontro uma barreira grande em relação à equipe médica, são inflexíveis, os pais, que muitas vezes em momentos de tensão agem sempre com a emoção em vez da razão, o que muitas vezes dificulta o atendimento.

E6: Como eu gosto de cuidar, eu como profissional sei ouvir o que cada um fala e depois tento ajudar da melhor maneira possível, eu trato bem cada um.

Eu sei lidar com a morte, mas é difícil, porque eu me coloco no lugar do outro, penso “e se fosse a minha família”, é muito difícil.

E7: Lidar com o relacionamento interpessoal com familiares de pacientes e membros da equipe, por muitas vezes, é conflitante, necessitando assim de boas habilidades sociais para lidar com as situações do cotidiano.

Ao considerarmos as falas das enfermeiras vemos através desses **achados marcas constantes da interferência da família**, em situações de **relacionamento que são opressoras**, pois os familiares nem sempre compreendem as necessidades da situação que vivenciam, isto pode ser verificado na entrevista de E1 quando fala que lidar com **“a grosseria da família, é muito difícil”**, em E5 quando diz que **“os pais, que muitas vezes em momentos de tensão agem sempre com a emoção em vez da razão”** e E7 ao afirmar que **“Lidar com o relacionamento interpessoal com familiares”, “por muitas vezes, é conflitante”**.

A mesma questão é enfatizada por essa enfermeira sobre as relações com as colegas de trabalho, o que é acompanhado por E1, E2 quando diz que estes **“tratam as enfermeiras assistenciais com certo preconceito e fazem piadas de mau gosto”** e E5 quando se refere à falta de flexibilidade da equipe médica. Enfim, lidar com familiares de pacientes e colegas de trabalho requer o enfrentamento de situações de opressão, todavia percebemos que tais situações se apresentam de maneira diferenciada, nos dois casos, não sendo possível definir com precisão as fronteiras entre os opressores e oprimidos no contexto do atendimento assistencial hospitalar, pelas complexidades de suas relações, mesmo porque

O que interessa ao opressor é enfraquecer os oprimidos mais do que já estão ilhando-os, criando e aprofundando cisões entre eles, através de uma gama variada de métodos e processos. Desde os métodos repressivos da burocracia estatal, à sua disposição, até às formas de ação cultural por meio das quais manejam as massas populares, dando-lhes a impressão de que as ajudam (FREIRE, 1983, p. 166 – grifo nosso).

Do depoimento da entrevistada E6 podemos inferir quando nos diz que ouvir a cada um **ajudando da melhor forma possível** ajuda a enfrentar suas dificuldades, porém o que **causa tensão é lidar com a morte**, pois por mais que a morte faça parte da rotina das enfermeiras, não é uma questão fácil em lidar, pois pelo envolvimento com o paciente e a família e sentem, também, a perda.

Ainda, os depoimentos das entrevistadas E3 e E4 enfatizam as dificuldades do ambiente de trabalho, tais como: administrar a demanda do setor, liderar a equipe e a característica de complexidade do ambiente hospitalar

Na verdade, é um ambiente que tensiona as relações, mas

O bom senso seria que experimentássemos o confronto realmente tenso em que a autoridade de um lado e a liberdade do outro, medindo-se se avaliassem e fossem aprendendo a ser ou a estar sendo elas mesmas, na produção de situação dialógica. Para isso, o indispensável é que ambas, autoridade e liberdade, vão se tornando cada vez mais convertidas ao ideal do respeito comum somente como podem autenticar-se (FREIRE, 1996, p. 89-90 – grifo nosso).

2.c. Compartimentalização do trabalho

Esta categoria foi determinada pela rígida divisão de trabalho, pela complexidade de procedimentos que acontecem de modo concomitante, pela atuação cotidiana no campo profissional e pela relação entre diferentes níveis de funções que acabam por determinar uma realidade opressora.

Ao fazer-se opressora, a realidade implica na existência dos que oprimem e dos que são oprimidos. Estes, a quem cabe realmente lutar por sua libertação juntamente com os que com eles em verdade se solidarizam, precisam ganhar a consciência crítica da opressão, na práxis desta busca. (FREIRE, 1983, p. 39)

Pudemos selecionar dos depoimentos das enfermeiras as seguintes unidades de análise nas quais pudemos inferir significados relativos à esta subcategoria:

*E3: Minha atuação profissional é bastante dinâmica, pois como enfermeira assistencial, tenho que prestar assistência aos pacientes, assim como exercer minhas atribuições como enfermeira. Confesso que os **plantões são bastante corridos, e é necessário estar atenta à possíveis alterações e intercorrências que possam surgir.** Além disso, dou um suporte para a equipe, junto com as outras assistenciais e com a supervisão e coordenação, tirando dúvidas, tomando algumas decisões.*

*Acho que seja um desafio dar uma assistência de maior qualidade, **quando isso as vezes é um pouco difícil, devido à grande demanda do setor, e principalmente a quantidade de pacientes mais complexos.***

*E4: Me considero uma boa profissional, tentando, **apesar de condições não favoráveis, fazer tudo dentro das técnicas corretas, seguindo protocolos da instituição e me mantendo o mais afastada possível de imprudências, imperícias e negligências.***

*A principal dificuldade é **trabalhar com número de pessoal reduzido, acarretando em um grande número de pacientes a serem cuidados.***

E5: Atuo na pediatria do convênio sou enfermeira assistencial, e juntamente comigo trabalham enfermeiros, técnicos e auxiliares.

*Muitas vezes tento transformar a dor em sorrisos (confesso que é muito difícil) porém muito gratificante, **tento ser a mais humanizada possível**, atender todos os aspectos que a criança precisa, e também atender os acompanhantes, muitas vezes são pais que chegam em um estresse muito grande, nervosos e preocupados **tento acalmá-los da melhor forma**, para que o atendimento à criança seja realizado.*

Por meio dos depoimentos das enfermeiras percebemos que há **muitas marcas em relação a divisão de trabalho**, o que se pode perceber nos depoimentos das entrevistadas E3 e E4 que nos falam das habilidades necessárias aos atendimentos, dos procedimentos, normas e rotinas da instituição, das relações entre diferentes níveis de atuação, o que passaremos a destacar a partir de nossas inferências, ressaltando que nas entrevistas de E1, E2, E5, E6 e E7, não identificamos unidades que se encontrassem relacionadas a este item.

A E3 nos fala dos plantões corridos e de manter-se atenta para possíveis intercorrências. Ela nos diz que dá suporte para equipe, junto com as outras assistenciais, com a supervisão e a coordenação, tirando dúvidas, tomando algumas decisões, dizendo que seu maior desafio é dar **assistência de qualidade em um setor onde a demanda é muito grande**, no qual a grande maioria dos pacientes internados são de **alta complexidades o que requer um atendimento intensivo**.

Todavia,

O operário precisa inventar, a partir do próprio trabalho, a sua cidadania que não se constrói apenas com sua eficácia técnica, mas também com sua luta política em favor da recriação da sociedade injusta, a ceder seu lugar a outra menos injusta e mais humana (FREIRE, 1996, p. 39 – grifo nosso).

A *alienação* em relação ao trabalho que se desenvolve, assim como o que se desenvolve, aparece na entrevista de E4 que nos levanta um problema diferente porém muito comum no ambiente hospitalar, a falta de profissionais que acarreta uma sobrecarga de trabalho à enfermeira, fazendo com que ela cumpra tarefas diversificadas, num um número maior do que possa dar suporte, muitas vezes, não acompanhando o processo do paciente, mas sim resolvendo os problemas de acordo com que vão surgindo: como banhos são atrasados, medicações, curativos, dentre outros. Além disso, quando ocorre

uma intercorrência, os outros pacientes só receberam assistência na chegada da outra equipe, dependendo do período e da situação.

3. Práxis:

Discorreremos sobre esta terceira grande categoria a partir do pressuposto que ser um profissional comprometido com a sociedade, com suas ações e reflexões transformem a realidade em relação ao outro. “Para que haja *Práxis*, é essencial, que o indivíduo seja levado a tomar consciência de sua realidade para que, então, possa refletir sobre ela e, finalmente, questioná-la” (VASCONCELOS; BRITO, 2014, p. 157 – grifo nosso).

A partir deste referencial é que trataremos as subcategorias Reflexão crítica sobre a prática, Competência profissional e Comprometimento com a mudança.

3.a. Reflexão crítica sobre a prática

Esta subcategoria foi determinada por associar um Ser profissional comprometido com ações e reflexões que transformam a realidade na qual está inserido. “A práxis, porém, é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição opressor-oprimidos” (FREIRE, 1983 p. 40).

Pudemos selecionar apenas um único depoimento para analisarmos as unidades que se referissem à esta subcategoria:

*E3: A enfermagem é muito dinâmica e não podemos ficar presas apenas a teorias; as vezes é **preciso arrumar uma outra forma** - que não prejudique o paciente, é claro - para realizar determinadas tarefas. Atualmente, me vejo bem mais preparada como profissional do que antes, mas **todos nós sempre temos o que aprender, não podemos estacionar no tempo e nos contentar com nosso conhecimento atual.***

É com base **na práxis que a enfermeira assistencial encaminha mudanças tanto no processo de sua atuação profissional**, no cuidar dos pacientes e nas relações com outros profissionais, **promovendo a tomada de a consciência crítica em seu processo de trabalho.**

Todavia, existe algo que deve ser destacado. Na medida em que o compromisso não pode ser um ato passivo, mas práxis – ação e reflexão sobre a realidade -, inserção nela, ele implica indubitavelmente um conhecimento da realidade. Se o compromisso só é válido quando está

carregado de humanismo, este, por sua vez, só é consequente quando está fundado cientificamente. Envolve, portanto, ao compromisso do profissional, seja ele quem for, está a exigência de seu constante aperfeiçoamento, de superação do especialismo, que não é o mesmo que especialidade. **O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos** (FREIRE, 1979, p.10 – grifo nosso).

3.b. Competência profissional

Esta categoria se refere à competência profissional associada ao compromisso profissional, pois uma condição não consegue se estabelecer sem a outra, sendo que para o estabelecimento desta inter-relação é necessário que este compromisso seja articulado com a luta política em favor daqueles que se encontram em situação de opressão. Visto assim na constituição o profissional é preciso competência técnica e compromisso político na realização da tarefa (FREIRE, 1994).

Selecionamos os depoimentos das enfermeiras as seguintes unidades de análise que se referissem à esta subcategoria:

*E1: Como enfermeira assistencial **tenho os conhecimentos necessários** para dar banho, medicar, evoluir, realizar o BRADEN⁸, o Grau de Complexidades, entre outros procedimentos invasivos de competências do enfermeiro.*

Já possuo os conhecimentos teóricos e práticos para serem colocados em prática.

*E3: Minha expectativa era **aprender teorias e técnicas de procedimentos, aprender a lidar com as situações do dia a dia da enfermagem, desenvolver meu perfil de liderança como enfermeira, prestar uma assistência de excelência e humanizada ao paciente.***

Minha formação me deu uma boa bagagem de conhecimento para iniciar a atuação na área, porém, continuo achando que o “colocar em prática” é o que faz a diferença.

Minha atuação profissional é bastante dinâmica, pois como enfermeira assistencial, tenho que prestar assistência aos pacientes, assim como exercer minhas atribuições como enfermeira.

⁸ A escala de Braden é um método de avaliação diferente do SCP, ela avalia aspectos da pele e nutrição do paciente para planejar cuidados, e evitar riscos como abertura de úlceras por pressão, composta por 6 critérios: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. Cada uma recebe uma pontuação quanto menor o valor, maior será o comprometimento apresentado e, consequentemente, maior a exposição ao risco.

*E4: Me considero uma **boa profissional. Faço tudo dentro das técnicas corretas, seguindo protocolos da instituição e me mantendo o mais afastada possível de imprudências, imperícia e negligência.** Procuro sempre tratar meus pacientes da forma que eu gostaria de ser tratada ou de como fosse tratado um ente querido.*

*E5: Hoje **me sinto confiante e mais madura,** e logicamente realizada. Atendo crianças desde RN até 15 anos.*

*E6: **Eu sei lidar com qualquer situação de cada pessoa,** tento ajudar da melhor forma.*

*E7: A partir da experiência profissional que me colocou em contato direto com a atuação real do enfermeiro, **me fornecendo confiança e habilidades técnicas para o desempenho do meu papel,** lembrando que cada dia é um aprendizado diferente.*

As entrevistadas E1, E3, E4, E6 e E7 afirmam que **já possuem os conhecimentos teóricos e práticos** necessários às exigências de sua atuação profissional, enquanto enfermeiras assistenciais do âmbito curativo. Do mesmo modo pode-se inferir de seus depoimentos o reconhecimento de que **tal competência se estabeleceu no momento em que tais conhecimentos foram colocados em prática**, assim como explicitou a entrevistada E5. Elas afirmam que à medida que isso se deu, foram adquirindo maior confiança para a ação no âmbito hospitalar. Freire (1996, p. 107) afirma que a nossa competência profissional **“Vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas. [...] enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, e vir a ser. Não ocorre em data marcada”** (grifo nosso).

Se apercebe, também, o compromisso profissional que possuem, todavia este está mais associado à condição técnica do que a política e acreditamos que isso talvez se dê por conta da razão maior de sua atuação ser a melhora do paciente em si.

No depoimento de E2, não foram encontradas unidades que pudessem ser atribuídas à esta categoria.

3.c. Comprometimento com a mudança

Esta categoria foi determinada por estar associada com as relações ao comprometimento com as mudanças, que estão inseridas. Para Freire (1996, p.98) o meu comprometimento com a mudança é decorrente de minha **“capacidade de fazer justiça, de não falhar à verdade. Ético, por isso mesmo, tem que ser o meu testemunho”** (FREIRE, 1996, p. 98).

Pudemos selecionar dos depoimentos das enfermeiras as seguintes unidades de análise que se relacionasse à esta subcategoria:

*E3: **Procuro tratar meus pacientes da melhor forma possível, sempre tentando me colocar no lugar deles ou das famílias, que tanto sofrem ao ver um ente querido num leito de hospital.***

*E4: **O cuidado humanizado, para mim, é visar o bem-estar do paciente, enxergando-o como o ser humano que é; tentando entender suas necessidades e não tratá-lo somente como mais um. É não trabalhar de uma forma mecanizada e sim dar um atendimento diferenciado a cada paciente, não deixando de lado a técnica.***

*E5: **Cuidado humanizado é agir em respeito à pessoa a qual está aos meus cuidados, respeitar crenças, etnia, desejos, muitas vezes oposto à minha opinião (os acompanhantes, em questão). Quando possível tento fazer com que entendam a situação e que determinada atitude pode ser contra desejos desses pais, porém contribui para a melhora do estado clínico da criança (e em muitos casos conquisto a confiança deles).***

O cuidado de enfermagem é um desafio cuja superação favorece o desenvolvimento do indivíduo, as entrevistadas E3, E4 e E5 enfatizaram bem como o atendimento que elas oferecem contribuem para a qualidade de vida de seus pacientes atendidos, e, portanto, **com uma prática mais humana, mais efetiva e afetiva**, envolvem a superação para esta essa mudança, que envolve um esforço coletivo.

No entanto, **“Mudança e estabilidade resultam ambas da ação, do trabalho que o homem exerce sobre o mundo. Como um ser de práxis, o homem, ao responder aos desafios que partem do mundo, cria seu mundo histórico-cultural”** (FREIRE, 1979, p. 25 – grifo nosso).

Neste sentido, pode-se inferir que a posição de E5 se aproxima quando diz **“respeitar crenças, etnia, desejos, muitas vezes oposto à minha opinião”**, pois para promover a mudança é necessário “que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. **Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que ele, em certas condições precise de falar a ele**” (FREIRE, 1996, p. 113 – grifo nosso).

Encerrando nossas análises podemos considerar que as enfermeiras apresentam indícios em seus depoimentos, de marcas e tensões em relação à constituição profissional, sendo que três aspectos que estão bem delimitados: a escolha profissional se delimitou como uma opção em cuidar do outro e traz forte carga humanista; a formação inicial se

apresentou como distanciada do campo de ação profissional o que dificultou a inserção no âmbito curativo; em especial esta condição acabou por gerar medo e insegurança para a atuação, considerando-se a complexidade de ações necessárias no âmbito hospitalar.

Relacionado ao diálogo e os espaços dialógicos podemos apreender dos depoimentos as marcas e as tensões relacionadas à: relevância que as profissionais dão à empatia com os pacientes; por outro lado, certas condições às fazem se sentirem oprimidas no espaço de trabalho como as relações tensas com a família dos pacientes, o desrespeito de colegas de trabalho e a sobrecarga de trabalho; por fim, a compartimentalização da ação profissional que gera o trabalho alienado fazendo com que as Enfermeiras, nem sempre contribuam à mudança das condições em que atuam.

Finalmente, mas não menos importante, o que marcam os depoimentos das enfermeiras considerando-se a práxis da atuação no âmbito hospitalar pode ser observado que: estas profissionais refletem sobre a sua ação profissional, modificando tanto as técnicas como os modos de se relacionar com os pacientes; que as Enfermeiras são comprometidas profissionalmente, mas que tal compromisso está mais voltado à melhoria das condições daquele que atende e não de suas condições de trabalho para o mesmo fim; se verificarmos tais marcas poderemos perceber que há um tensionamento, que acaba por determinar uma condição de impedimentos de efetivas mudanças relacionadas à atuação destas profissionais, não permitindo que propiciem e imponham condições de superação dos modos de vivenciar a profissão.

Após a realização das análises, passaremos a fazer as nossas considerações finais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É o mercado que decide os rumos da educação nacional e que, muitas vezes, estes não são representativos ao interesse geral da nação. Compatível com tal princípio, isso se deu no campo da formação dos profissionais de enfermagem, pois o aumento do número de escolas não garantiu a qualidade do ensino, o que pudemos comprovar nos depoimentos das enfermeiras.

As mudanças na formação da enfermeira sofreram a influência das transformações no quadro político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil, sendo que o ensino de enfermagem passou por diversas fases ao longo do tempo, como reflexo das mudanças no contexto histórico da enfermagem e, também, da sociedade. Neste contexto o perfil das enfermeiras apresentou significativas mudanças em decorrência dessas transformações.

A universidade ainda é um espaço tradicionalista de ensino, de uma *educação bancária*, e que há uma urgente necessidade de se abrir o debate para perspectivas de pesquisa mais ampla e atuais. Visto assim, no processo de formação, ainda, se vivencia a dicotomização, entre, entre o que é ensinado sobre a ação profissional e a efetiva prática no campo de atuação. Por conta disso muitas egressas ao se depararem com o mercado de trabalho, sentem insegurança e acredita que nada sabem. Isso pode ser verificado nos depoimentos das enfermeiras (FREIRE,1983).

É preciso que se construa modelos curriculares pautados na interdisciplinaridade e na necessidade de integrar a relação teoria e prática, a reflexão sobre esta última, com enfoque problematizador, desencadeando discussões, estudos e leituras e não somente voltar-se para a área biológica, mas voltar-se às dimensões sociais e psicológicas dos pacientes. Assim, há uma grande necessidade de os cursos superiores adequarem as suas estruturas para que os graduandos se preparem para o período transitório entre a formação e sua inserção no campo de atuação profissional.

A abordagem freireana da educação prima por transformações na prática docente e na estrutura do modelo pedagógico, na medida em que a construção do conhecimento deixa de ser individual para ser tomado enquanto prática coletiva, a construção do currículo acontece a partir das necessidades históricas do campo, para a transformação se deseja alcançar e, por fim, buscando uma relação horizontal entre o educador e os educandos.

Freire (2001) defende que o papel do educador frente a educação não se refere apenas ao espaço educativo, mas, principalmente, no onde, como, com quem e quando as construções junto aos educandos emergirão na sociedade como força motriz para a transformação.

Já, em relação à atuação profissional, a Organização Mundial da Saúde há anos enfatiza a necessidade de uma melhora no serviço de saúde para um atendimento de melhor qualidade para a população. A criação do Sistema de Classificação de Pacientes por Complexidade Assistencial (SCP) inovou a forma de atendimento, permitindo ao profissional de saúde prestar uma melhor atuação, estabelecendo divisões que não sobrecarregassem os profissionais da equipe.

Essa classificação, adotada atualmente em todos os hospitais e enfermarias, apresenta a preocupação com uma divisão de cuidados mais justa e humanizada, para que a enfermeira possa oferecer o cuidado integral aos pacientes colaborando, assim, para o restabelecimento daqueles que são atendidos. A classificação melhora a condição de atuação das enfermeiras, minimizando, mas não resolvendo a sobrecarga de trabalho que é decorrente da falta de profissionais atuando no campo.

A organização do trabalho favorece o aumento de sofrimento psíquico por meio de elementos como as jornadas prolongadas de trabalho, os ritmos acelerados de produção, a pressão claramente autoritária instalada numa hierarquia rígida e vertical, a alienação do trabalho e das trabalhadoras, a fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho realizado de quem o realiza (PITTA, 1994).

Esta proposição é defendida pelo COFEN para um atendimento de qualidade e com segurança para o paciente. Todavia, a normativa não se estabelece na prática cotidiana da Enfermagem, sendo a falta de profissionais da área um problema nacional (COFEN, 2015).

Por conta desses fatores, o adoecimento de profissionais da área da saúde tem sido estudado em pesquisas apresentadas em congressos na busca de conscientização sobre os riscos que sofrem e, em especial, para defender o projeto de lei que estabelece a jornada de 30 horas de trabalho para a enfermagem, o que vem sendo adotado por muitas instituições, mas que não sendo lei, ainda, não é obrigatório.

Todavia, de fato considerando os aspectos acima discutidos, é preciso reforçar que as relações entre pacientes e enfermeiras é uma das questões mais importantes no tratamento do hospitalizado, pois o medo, a fragilidade e a ansiedade relativa ao tratamento, determina que haja cumplicidade entre eles. Sendo assim o diálogo baseia-se

numa relação horizontal e participativa, o que pode contribuir para que o adoecer não seja tão sofrido, aumentando as possibilidades de recuperação (FREIRE, 1983).

Vale reafirmar que no universo freireano humanizar não tem o sentido apenas de tratar de forma humana, mas sim agir em prol dos oprimidos e para o fim da opressão de sua vocação em ser mais, em ser humano. É perceber que o ser humano está inserido em contexto, e este tem dimensões históricas, políticas, econômicas, sociais e políticas (FREIRE, 1983).

O que pudemos compreender de nossas entrevistadas é que além de serem jovens e recém-formadas, elas esperaram cerca de um ano para poderem atuar no âmbito hospitalar e esse intervalo contribuiu para que a sua inserção no campo de atuação fosse mais tensa, por estarem um tempo distante da prática, por não terem uma formação adequada e por não se sentirem seguras para tal ação.

Observamos, também, que com essa falta de contato com a prática profissional durante a formação e nos estágios, faz com que tenham medo ao se deparar com a realidade, porém a experiência que vão adquirindo na vivência hospitalar permite o aperfeiçoamento profissional das enfermeiras assistenciais, contribuindo para a melhora na qualidade da assistência aos pacientes atendidos.

Considerando os indícios apreendidos nos depoimentos das enfermeiras, sujeitas de nossa pesquisa, encontramos que a sua constituição profissional vem desde a sua escolha, a formação inicial e o início da atuação no campo de trabalho, sendo que o comprometimento com a área vai se estruturando do mesmo modo passando, inclusive, pelos medos e inseguranças nessa ação (FREIRE, 1979).

Inicialmente, a profissão é associada a um ofício devocional, um ato de amor e eles se identificaram com esse papel, mas vimos, também, nos depoimentos que a escolha profissional se deu pelo prazer e pelo gosto de cuidar dos outros.

Desde a época de Florence Nightingale, a enfermagem foi considerada como uma missão, uma doação, uma entrega, sendo que poucos a enxergam como uma profissão e dessa forma ela é, ainda, pouco respeitada, sendo que muitas profissionais são tratadas como servas, doadoras, na ideia que a ação profissional é uma dádiva e cuidar do outro é dedicação pessoal e não trabalho realizado. Como nos afirma Freire (1979, p.10) “O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos”.

Pudemos apreender das falas das enfermeiras que a escolha profissional se apresenta com forte carga de humanismo, demonstrando a preocupação com o cuidado

ao próximo, buscando a transformação do ambiente em que atuam. Todavia, pode-se inferir, também, que relacionam a própria profissão enquanto uma missão o que pode determinar dois aspectos, por um lado a aceitação da falta de profissionalização relacionadas à remuneração e às condições e por outro lado a possibilidade de acomodação em relação à busca de aperfeiçoamento.

Freire (1983, p. 67) nos aponta que na *educação bancária* o professor, mesmo que não seja por sua clara opção, mantém o aluno na ignorância, como mero espectador, sendo o professor o único dotado de conhecimento. Visto assim, por meio dos depoimentos colhidos, apreendemos que, no contexto da formação inicial, o indício de uma *educação bancária*, alienada da realidade em que as enfermeiras assistenciais seriam inseridas. Extraímos de suas falas que na graduação receberam o conhecimento teórico da área, porém, já na atuação, quando se depararam com a realidade, se apercebiam que pouco sabiam, que os conhecimentos não eram suficientes à sua atuação profissional.

Constantemente, temos observado no campo de atuação profissional, a chegada de novas profissionais com esse perfil. Podemos perceber que possuem os conhecimentos teóricos e mostram isso nas provas de ingresso na instituição, porém, ao iniciarem o seu trabalho, sentem a aflição de não saberem colocar em prática o que aprenderam, o que causa a tensão entre aquilo que se sabe fazer e o que é preciso ser feito nos atendimentos.

Acreditamos que tal condição se deva aos estágios, pois deveriam ser o lugar de aprendizados e de vivências para os alunos, porém não é o que pudemos observar. As escolas formadoras necessitam voltar sua atenção a esse processo, já que é o espaço fundamental para a formação profissional, que está exclusivamente relacionado ao campo de atuação, no qual a marca mais relevante é a dedicação ao próximo.

Outra marca na formação das enfermeiras assistências que ficou bem evidente é a *alienação* de sua verdadeira condição de formação. Como nos lembra Freire (1979, p. 13) a “alienação do profissional não lhe permite perceber está obriedade”. Através desses depoimentos vimos muitas dessas marcas e tensões, constituídas desde a formação e perpassando a atuação, no que nos revela certa “ingenuidade, que é uma forma ‘desarmada’ de enfrentamento da realidade” (FREIRE, 1979, p. 23).

A *alienação* também apresentou relação com a atuação profissional, com as condições de trabalho, decorrente de um problema diferente porém muito comum no ambiente hospitalar, a falta de profissionais na área o que acarreta uma sobrecarga de trabalho à enfermeira e faz com que ela cumpra tarefas diversificadas, com um número abusivo e superior ao que possa dar suporte sendo que, muitas vezes, a enfermeira não

consegue acompanhar o processo do paciente, resolvendo os problemas de acordo que vão surgindo.

O medo e a insegurança nos mostraram que é uma marca muito presente na formação e na atuação das enfermeiras assistenciais sendo, novamente, decorrente da falta de conhecimentos adequados, de não se sentir preparadas para o ambiente diferenciado de atuação como o hospital. Reconhecer o que sabemos e o que nos falta saber permite que tomemos consciência de que a área hospitalar é um ambiente diferenciado, que lida com pessoas doentes durante as vinte e quatro horas de atendimento e que, muitas vezes, estão debilitadas, com grave risco de saúde. Se não articularmos nossos saberes com o dos nossos colegas de trabalho e se não tivermos uma consciência de nossas habilidades e limitações, se permitirmos que o medo e a insegurança nos tome conta de nós, a qualidade do nosso trabalho e do nosso atendimento estará extremamente comprometido.

Através dos depoimentos das enfermeiras aprendemos em suas falas que o cuidado é um ato de amor, poderíamos enxergar tal concepção como uma forma ingênua de relação entre a enfermeira e o paciente, mas é uma forma de diálogo como nos lembra Freire (1983), pois não há diálogo se não houver um amor profundo pelo e entre os seres humanos, sendo que o amor é que possibilita a pronúncia, a criação e a recriação do mundo.

Debater o *diálogo* é discutir como o outro age em situação de opressão, em relação ao trabalho intensificado, como vimos nas falas das enfermeiras, trabalho de exaustão frente a falta de funcionários e o aumento de pacientes e, até, falta de condição de acomodação para eles.

Além disso pudemos aprender em suas falas as marcas em relação as constantes interferência da família, em situações de relacionamento que são opressoras, para os dois lados, não sendo possível definir com precisão as fronteiras entre os opressores e oprimidos no contexto do atendimento assistencial hospitalar, pelas complexidade de suas relações, mesmo porque como nos afirma Freire (1983, p. 166) a situação de opressão, cria e aprofunda “cisões entre eles, através de uma gama variada de métodos e processos”. Todavia, não podemos deixar de reafirmar que estas, também, são decorrentes das condições de trabalho que são impostas por outras instâncias de poder, superiores e externas, relacionadas aos modos de funcionamentos dos hospitais.

A reflexão crítica sobre a prática é determinada por se ser um profissional comprometido com ações e reflexões que transformam a realidade na qual está inserido. É com base na práxis que a enfermeira assistencial encaminha mudanças tanto no

processo de sua atuação profissional, cuidando de seus pacientes, como nas relações com os outros profissionais, pois ela é quem pode promover a tomada de uma consciência crítica de seu processo de trabalho.

Freire (1994) nos fala que na constituição o profissional é preciso competência técnica e compromisso político na realização da tarefa. Percebemos nos depoimentos das enfermeiras que essa competência profissional se estabeleceu no momento em que os conhecimentos foram colocados em prática e, então, foram adquirindo um maior confiança com o tempo de convivência no âmbito hospitalar.

O cuidado na enfermagem é um desafio cuja superação depende do desenvolvimento do indivíduo e nos depoimentos das enfermeiras assistenciais elas enfatizaram que o atendimento que elas oferecem é objetivando a melhora do paciente e da sua e a qualidade, ou seja, uma prática humana efetiva e afetiva, mas que para uma mudança de fato nas condições de ambos, requer um esforço coletivo, pois resulta da ação que exercemos sobre o mundo (FREIRE, 1979).

Aprendemos com os depoimentos que as enfermeiras assistenciais apresentam indícios, de marcas e tensões em relação à sua constituição profissional, desde a sua escolha profissional pela opção de cuidar do outro e que traz uma forte carga humanista, na sua formação inicial pelo distanciamento do campo de atuação profissional o que dificulta a inclusão no ambiente hospitalar e, por fim, pelos sentimentos de medo e insegurança, por considerarem suas funções complexas nas ações no âmbito curativo e, nem sempre, se sentirem preparadas.

Freire (1983, 1994, 1996) nos permitiu abrir nosso campo de visão e nos mostrar que a enfermagem pode muito mais, que a qualidade no atendimento pode melhorar com o diálogo e as situações de conflitos, nos permitem compreender empaticamente a condição do outro. Também, requer que nos comprometamos com a mudança, com competência técnica e compromisso político, para que se possa cuidar melhor do ser humano, seja ele paciente ou enfermeira, estabelecendo melhores condições de atendimento e trabalho.

Concluimos com essa dissertação que o ambiente não é favorável, e esta associado a falta de diálogo que se estabelece com a formação distante da prática, por mais que elas falam do estágio, qualquer curso deveria ser revisto, ele ainda não encontrou o caminho, que auxilia os graduandos a vivenciar a atuação na área.

Ainda, com a finalização desta dissertação, trazemos o desejo de que ela possa alcançar o maior número de educadores na área da enfermagem, objetivando alertar para uma melhoria da formação, na reflexão sobre a ação, a partir de subsídios teóricos que

assim o permitam. Assim, quando voltarem-se à atuação profissional, as dificuldades não serão como as aqui descritas.

7. REFERENCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A Formação do Enfermeiro Frente à Reforma Sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p.505-510, out. /dez. 1986.

_____, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997.

ALMEIDA, Alva Helena de; SOARES, Cássia Baldini. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p.1-8, maio/jun. 2011.

AZEVEDO, José André de. Fundamentos filosóficos da pedagogia de Paulo Freire. **Akrópolis** Umuarama, v. 18, n. 1, p. 37-47, jan. /mar. 2010.

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 5, n. 60, p.546-551, set. /out. 2007.

BRASIL. Constituição (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**. Brasília, 1990 p. 18.055-18.059.

_____. Ministério da Educação. (2014). Educação Superior. Instituições Credenciadas [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2014 ago. 20]. Disponível em: http://emec.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12467&Itemid=762

BUBLITZ, Andrea Fabiane. **Sentidos do cuidado humano na formação profissional técnica de enfermagem: um estudo de caso**. 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Educação, UNISC, Santa Cruz do Sul, 2012.

CARVALHO, ACC. Associação Brasileira de Enfermagem, 1926-1976: documentário. Brasília (DF): Folha Carioca; 1976.

CHAGAS, Natália Rocha; RAMOS, Islane Costa; SILVA, Lúcia de Fátima; MONTEIRO, Ruth Macedo; FIALHO, Ana Virgínia de Melo. **Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem**. *Ciencia Y Enfermeria* XV (2): 35-40, 2009.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Constituição (1955). Lei nº 2.604/55, de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício da Enfermagem profissional. **Documentos Básicos**. Rio Grande do Sul, maio 2006. p. 18-20.

_____, Conselho Federal de Enfermagem -. **Coren aponta falta de profissionais em unidades de saúde da Bahia**. 2015. Disponível em: <www.cofen.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2015.

COREN – MT, Conselho Regional de Enfermagem, (Mato Grosso) – COREN-MT. (Ed.). **Quais as devidas funções do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do auxiliar enfermagem e quais as diferenças entre cada categoria?** 2013. Disponível em: <http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html>. Acesso em: 07 mar. 2015.

COREN – SP, Conselho Regional de Enfermagem. Perfil da enfermagem em São Paulo. **Enfermagem em Revista**, São Paulo, n. 11, p.32-35, 2015.

_____, Conselho Regional de Enfermagem. Humanização Premiada. **Enfermagem em Revista**, São Paulo, n. 11, p.42, 2015.

COSENZA, Ulysses (São Paulo). Paulo Freire - Projeto Memória (Ed.). **Cronologia**. 2005. Disponível em: <http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/biografia/07_biografia_cronologia.html>. Acesso em: 13 jan. 2016.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.5-15, set./dez. 2004.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p.517-525, jul. /ago. 2006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 218p.

_____, Paulo. **Educação e Mudança**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 46p.

_____, Paulo. **Extensão ou comunicação?** 10.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992. 136p.

_____, Paulo. **Professor sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar**. 5. ed. São Paulo: Olho D'água, 1994. 127 p.

_____, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 146 p.

_____, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 30. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. 157 p.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na Unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Med. Hu-USP**, São Paulo, v. 4, n. 1/2, p.63-68, jan. /dez. 1994.

GADOTTI, Moacir (org.). Paulo Freire uma biobibliografia. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire; Brasília: Unesco, 1996.

_____, Moacir. Vigência das idéias de Freire. In: PELANDRÉ, Nilcéa Lemos. Ensinar e aprender com Paulo Freire 40 horas e 40 anos depois. São Paulo: Cortez, 2002.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

GUIMARÃES, Lilian Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia, organizadores. **Saúde mental e trabalho**. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 1999.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 18, p.258-265, abr./jun. 2009.

ITO, Elaine Emi et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.570-575, dez. 2006.

KLETEMBERG, Denise Faucz. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica** [dissertação]. Curitiba: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2004.

KURCGANT, Paulina. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LAUTERT, Liana. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. **R. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.50-64, jul. 1999.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, Edwin Gurney. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. New York: McGraw-Hill, 1965.

LOPES, Noémia Mendes. **Recomposição profissional da enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar**. Coimbra - PT: Quarteto, 2001.

MARTINS, Carlos Benedito. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 30, n. 106, p.15-35, jan./abr. 2009.

MEDEIROS, Soraya Maria de et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio Grande do Norte, v. 8, n. 2, p.233-240, 2006.

MEYER, Dagmar Estermann; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 56, n. 4, p.335-339, jul. /ago. 2003.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo- Rio de Janeiro, HUCITEC- ABRASCO, 1994.

_____, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 3, p.4-8, set/dez. 2001.

OGUISSO, Taka. Perfil do enfermeiro de unidades do INAMPS no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 77-92, abr. 1990.

OLIVEIRA, Paulo César de; CARVALHO, Patricia de. A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire. **Paidéia**, Varginha-mg, v. 17, n. 37, p.219-230, ago. 2007.

OLIVEIRA, Cida. **Saúde Pública sofre também com a falta de profissionais de enfermagem**. 2013. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2013/08/saude-publica-sofre-tambem-com-a-falta-de-enfermeiros-9091.html>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2001.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

REIS, Cássia Barbosa; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.61-70, 2008.

RIVEIRA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 213 p.

SANTOS, Paula Raquel dos. **Estudo do Processo de Trabalho da Enfermagem em Hemodinâmica: cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador**. 2001. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestre em Ciências na área Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

SÃO PAULO – SP. Secretaria Municipal de Educação (SME). Movimento de reorientação curricular. São Paulo, 1992. (Caderno de Relatos de Práticas).

SELLI, Lucilda. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1998.

SILVA, Claudia Osorio da. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Rev. Psicol. Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 18, p.26-33, 1998.

SOUZA, Irene Duarte. **Integralidade da Assistência: a narrativa de usuários egressos de Unidade de Terapia Intensiva no Sistema Único de Saúde**. 2012. 300 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

TANAKA, Luiza Hiromi; LEITE, Maria Madalena Januário. Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 3, n. 21, p.481-486, jun. 2008.

VALE, Eucléa Gomes; FERNANDES, Josicelia Dumêt. Ensino de Graduação em Enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Ceará, v. 59, p.417-422, 2006.

VASCONCELOS, Maria Lucia Marcondes Carvalho; BRITO, Regina Helena Pires de. **Conceitos de educação em Paulo Freire**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. 196 p.

VERAS, Verônica Simone Dutra. **Aumento da Jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?** 2003. 88 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

VILLA, Vivian; MIGUEL, Maria Elisabeth Blanck. Por uma verdadeira práxis educa aproximações das teorias de Paulo Freire e Antonio Gramsci. In: EDUCERE, 7., 2 Paraná. **Anais**. Paraná: Educere, 2007. p. 3751 - 3762.

ANEXO 01

Comitê de Ética de Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-UNIMEP

Certificada

Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado “**Marcas da ação profissional no âmbito curativo: o que dizem os egressos dos cursos superiores de enfermagem**”, sob o protocolo **nº 61/2015**, da pesquisadora **Profa. Ida Carneiro Martins** esta de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 12/12/2012, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UNIMEP.

We certify that the research project with title “**The professional action trace in the curative care context: what new students have to say about the nursing degrees**”, protocol **nº 61/2015**, by Researcher **Profa. Ida Carneiro Martins** is in agreement with the Resolution 466/12 from Conselho Nacional de Saúde/MS and was approved by the Ethical Committee in Research at the Methodist University of Piracicaba – UNIMEP.

Piracicaba, 23 de junho de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Daniela Faleiros Bertelli Merino', is written over a faint horizontal line.

Profa. Dra. Daniela Faleiros Bertelli Merino
Coordenadora CEP - UNIMEP

ANEXO 02

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto – **MARCAS DA AÇÃO PROFISSIONAL E SUAS RELAÇÕES COM A FORMAÇÃO INICIAL: O QUE DIZEM AS ENFERMEIRAS**

Pesquisadora responsável: Jacqueline de Mello Libardi

Objetivos

Aprender, a partir de depoimentos de egressas dos cursos de ensino superior de enfermagem, as marcas e tensões relacionadas à ação profissional no âmbito curativo, e as relações que estabelece entre os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas na formação inicial e o seu processo de atuação profissional e, para tal, se apoiará em princípios explicitados na teoria de Paulo Freire.

Justificativa

Na formação inicial em enfermagem o enfrentamento de tais condições, nem sempre, são suficientemente trabalhadas de modo a possibilitar a adequada inserção das profissionais no âmbito do trabalho da abordagem curativa. Deste modo, especialmente nos anos iniciais, as dificuldades para a atuação profissional são muitas e estas marcam e tencionam os modos de agir destas profissionais.

Metodologia

Na análise dos depoimentos, obtidos por meio de entrevistas estruturadas e que serão apresentadas neste capítulo, se apoiará na metodologia proposta por Moraes (1999), a análise de conteúdo compõe uma metodologia de pesquisa na qual descreve e interpreta o conteúdo de toda a classe de documentos e textos, ela reinterpreta as mensagens e ajuda na compreensão de seus significados em um nível que vai além de uma leitura comum.

Cuidados no Desenvolvimento na Pesquisa

Afirmamos que todos os dados coletados referentes às fases da pesquisa serão utilizados somente para o desenvolvimento da mesma, mantendo-se a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos. Há a grande preocupação por parte da pesquisadora em manter sigilo em relação aos participantes que não serão identificados nominalmente e, ainda, em garantir a não utilização de dados e informações que possam causar quaisquer prejuízos aos sujeitos, objetivando-se a proteção da imagem e a não estigmatização dos mesmos.

É importante salientar que a participação no projeto apresenta poucos riscos à saúde física ou psicológica dos indivíduos, por ser um tipo de pesquisa que é centrada na realização de entrevistas, discussão e análise dos dados e que não será utilizado método que possa trazer prejuízo à saúde dos participantes.

Todavia, tendo sido tomados todo o cuidado necessário foi verificado algum dano causado diretamente pelos procedimentos deste estudo, com nexos causais comprovados, conforme item II. 9 da Resolução CNS 196/96, a indenização será conferida na forma da lei. Porém, como esperamos ter explicitado, os riscos que podem sofrer os sujeitos da pesquisa são mínimos. Afirmamos que, tendo sido apresentada e aprovada à referida dissertação, os resultados serão disponibilizados para todos os participantes da pesquisa através de uma cópia digital em CD-ROM.

Eu, _____, RG _____, residente na cidade _____ Estado _____, endereço _____ Bairro _____ tenho pleno conhecimento de que as informações colhidas a meu respeito poderão ser utilizadas para a investigação sobre As relações entre a formação inicial e atuação profissional da enfermagem. Trata-se de pesquisa qualitativa, para elaboração de estudo de mestrado, feita através de entrevistas semiestruturadas para que

os pesquisadores possam discorrer sobre o assunto acima declarado. Os procedimentos para a aplicação da pesquisa, em que não há riscos direitos previsíveis, envolvem:

Participação do sujeito na entrevista de acordo com a disponibilidade do entrevistado, em local e data sugerida pelo mesmo, com respostas abertas e perguntas previamente elaboradas, relacionadas a formação inicial e sua atuação profissional na área curativa, não contendo caráter de invasão de privacidade, dizendo somente a respeito dos problemas levantados pelo estudo. As entrevistas serão gravadas, e as perguntas apresentadas com antecedência ao entrevistado. Será mantido o sigilo da autoria específica das respostas referentes às perguntas, além disso, não serão divulgados os nomes dos participantes da pesquisa.

Considero-me suficientemente informado do tema que envolve a pesquisa. Declaro concordar em dar informações a meu respeito, sabendo que está garantido o esclarecimento do que quer que julgue necessário a respeito da minha participação antes, durante e após o procedimento de entrevista pelos pesquisadores, e que receberei cópia deste termo. Declaro estar ciente de que não receberei nenhuma remuneração, pois o procedimento de pesquisa não provocará ônus ao sujeito participante. Estou ciente de que está assegurado o sigilo pessoal quanto aos dados obtidos, na omissão da autoria específica das respostas, não sendo associado meu nome de maneira direta às mesmas, bem como a liberdade de recusar a participar ou retirar o consentimento, em qualquer momento, sem penalização e prejuízo.

Declaro estar ciente de que não há riscos diretos previstos relacionados aos procedimentos para aplicação da pesquisa.

Assinatura

Local e Data

Em caso de dúvida, recusa ou reclamação recorrer a:

Profa. Dra. Ida Carneiro Martins
Faculdade de Ciências Humanas – Mestrado em Educação
Telefone: (019) 991907559 e-mail: titaef1@hotmail.com

Profa. Jacqueline de Mello Libardi
Mestranda em Educação – UNIMEP
Telefone: (019) 981624974 e-mail: jaclibardi@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – Universidade Metodista de Piracicaba
Rodovia do Açúcar Km 156 – bloco 07 sala 08
Caixa Postal 68 – CEP 13400-970 – Piracicaba – SP
Telefone: (019) 31241274 e-mail: comitedeetica@unimep.br

APÊNDICE 01

ENTREVISTA PILOTO 01

25 anos, enfermeira graduada em 2013, sem formação técnica, trabalha em enfermagem em pediatria.

PERGUNTA: O que lhe conduziu a escolha do curso em enfermagem?

R: O que foi é que sempre foi um sonho meu trabalhar na área da saúde, e enfermagem foi o que eu me espelhei mais desde pequena eu gosto do cuidado em si, ainda mais com criança, então quando eu entrei aqui na santa Casa, ainda mais aqui na Pediatria, foi onde eu me apaixonei e eu gosto bastante, mais desde pequena deu essa vontade de querer partir para área da saúde e enfermagem principalmente.

PERGUNTA: Quais eram suas expectativas em relação aos cursos que você frequentou? Você vai fazer faculdade de enfermagem o que você pensava?

R: eu pensava assim, que era somente do cuidar né, se ir lá cuidava do paciente, da doença que ele tinha dos cuidados que ele precisava e acabou né fechava o prontuário e ia embora, só que a enfermagem é muito além disso né, do cuidado em si, da doença em si, é do paciente como um todo, ele tem família, ele tem uma profissão, ele tem uma religião, tem uma cultura diferente, você tem que ver ele como um todo a não ser só a doença, o foco né, da doença o paciente como um todo e ver a gestão do setor em si, é gerenciar uma equipe é muito mais do que cuidar só né, gerenciar uma equipe, é são pessoas com culturas diferentes, é pacientes com culturas diferentes, é seu funcionário que é ... tem uma visão diferente do de você então é muito além do que eu imaginava, só na prática nos estágios e agora mesmo trabalhando na área que a gente cai a ficha mesmo né é muito além disso.

PERGUNTA: e elas se confirmaram durante o curso o que você imaginava, aí você realizou o curso confirmou aquilo que você esperava?

R: Para mim sim, eu não sei fazer outra coisa... a não ser cuidar e com amor carinho, que a gente aprende durante o curso que tem que ter, como tem que agir, confirmou mesmo o que eu quero e eu não pretendo sair da área por enquanto.

PERGUNTA: No tempo de sua formação você teve alguma possibilidade em atuar no campo profissional? Enquanto você estudava você pode pôr em prática antes de sua formação?

R: Não, não tive essa abertura, nem essa possibilidade, somente a grade curricular, e para fazer estágio seria só com acompanhamento dos professores, e a gente não tinha isso sem ser nos estágios mesmo, que no final do curso antes primeiro e segundo ano a não ser não sei se pode ser também, por exemplo ter algum estágio voluntário da faculdade por exemplo, a gente ia num estágio via aferição de pressão não sei se isso pode ser? Uma experiência fora, mais durante o curso.

PERGUNTA: Você teve alguma experiência que você vivenciou durante a sua graduação, quando você chegou aqui no ambiente curativo, no hospital, teve alguma experiência que você teve como estudante?

R: Não ... eu via muito na, por exemplo meus pais, as vezes iam nos hospitais eram tratados de uma forma eu falava não, não é assim né, tem que ser tratado como uma pessoa, um indivíduo que você não conhece, acho que devia haver mais respeito, então e por exemplo pediatria eu quando fiz estágio eu via que eram uns ambientes muito tristes, muito. Nossa pediatria para mim é alegria, por mais que seja um ambiente que tenha doença, que seja dolorido para uma criança né, que é uma pessoa inocente tal mais, é um pouquinho lúdico, você pode brincar um pouco com a criança que ela ainda vive no mundo da fantasia né, o adulto já não pode mais isso né.

PERGUNTA: Em relação a sua atuação profissional. Fale um pouquinho do seu percurso profissional.

R: Desde quando eu estou aqui, me formei linda e maravilhosa né cai no mundo e agora o que vai ser de mim? Ai não mandei currículo a onde eu moro lá em Rio Claro, então eu mandei para Piracicaba porque eu não gosto da minha cidade enfim, ai consegui aqui a vaga logo em abril eu me formei em dezembro e em abril vim pra cá e cai de paraquedas em pediatria porque eu falava nossa eu não queria clínica médica por que eu não gosto de acamados, de gente grande não sou muito fã, eu gostava de maternidade ou criança, criança no estágio a gente nunca tem muito contato né, a gente tem um contato básico que é ... acompanhar uma punção, a gente nunca puncionava, mais não deixavam então não tinha muito contato, ai eu falei cai na pediatria de paraquedas né e agora o que vai ser de mim? Mais aí o pessoal me acolheu super bem no setor a supervisão é maravilhosa sabe me acolheu bem me ajudou em tudo que precisava e é aonde eu estou apaixonada pela

pediatria né. A pediatria é um mundo fantasioso uma delícia a pediatria, e é onde eu consigo contato, as vezes eu tenho contato com o setor adulto clínico convênio, adulto clínico SUS, mais eu não me identifico como me identifico com a pediatria e eu gosto bastante da equipe, a equipe é uma equipe que uma ajuda a outra, não é aquela equipe de ficar puxando o tapete de né, como a gente vê em muitos setores (enfermaria), então é uma equipe legal, um setor gostoso, então eu estou lá até agora e eu estou adorando.

PERGUNTA: a sua função é de enfermeiro assistencial, fale um pouquinho sobre a função de assistencial, o que você acha do ser enfermeiro e da função que você está?

R: Ó quando eu comecei a faculdade, eu pensava a enfermeiro é o que? É ir lá cuidar do paciente tal e pronto, é um pouco disso também só que eu vou lá é faço todo o histórico do paciente, então a gente tem o papel do enfermeiro em fazer o histórico, fazer o exame físico, o que é coisa que um técnico por exemplo não faria, é faço o histórico, faço diagnóstico prescrição de enfermagem então é bacana assim, pretendo futuramente lógico ir para supervisão mais assistencial é estar lá com o paciente você é fazer uma dinâmica, fazer evolução dele que você está lá direto com ele então você consegue ver em doze horas, por exemplo por que eu trabalho à noite, em doze horas eu vejo o quanto que ele evoluiu né do que as vezes um supervisor que as vezes está em vários setores e não consegue ficar lá com o paciente direto não saber realmente o que aconteceu? Então eu gosto bastante do que faço me identifico muito eu adoro, sim futuramente eu pretendo sim passar para supervisão só que no momento eu estou adorando, eu estou aprendendo muito com as meninas, as técnicas as auxiliares elas são maravilhosas e eu estou adquirindo quanto que eu posso de experiência para passar adiante né, as meninas novas que estão vindo eu ajudo também é uma ajuda outra muito bom.

PERGUNTA: fale um pouco da sua ação profissional voltada ao cuidado integral ao paciente, cuidado humanizado.

R: no setor onde eu trabalho eu acho que eu consigo fazer esse atendimento mais humanizado do que aqui na pediatria do SUS, lá por ser convenio eu acho que a demanda de um profissional “é um pouquinho maior”, porque lá a mãe exige mais, algumas vezes porque pode ser conveniada, as vezes tem um conhecimento maior e ela te cobra por isso né, então você tem que ter uma paciência muito muito grande com a família e com a criança lá em cima... é... então, você acaba acolhendo não só a criança mais como a família, as vezes a mãe começa a comentar um problema por exemplo a criança é muito ansiosa muito nervosa e você vê que vem da mãe, a mãe é estressada, briga com a criança

você vê que as vezes é por coisas fúteis né então você vê a criança como um todo, então você consegue cuidar dela , as vezes é da mãe, é da família inteira, então lá a gente consegue ter esse tempo pra parar conversar ... é... tentar é fazer momentos lúdicos com as crianças, diferente daqui... que eu acho, então eu consigo ser isso, consigo conversar, fazer interação entre as crianças é bem bacana.

PERGUNTA: Como é para você atuar no ambiente curativo e ter a família ao lado durante toda a internação?

R: difícil, difícil porque é uma pressão muito grande em cima da gente, ainda mais que a gente está mexendo com a pessoinha que é mais pessoal na vida de pais de alguma família, é aquela criancinha, então ... é uma pressão muito grande desde de você na hora da internação que a criança está lá doente ai a mãe vem aquela pressão em saber o que está acontecendo , que médico, que medicação e a família tem que entender que tem um tempo, a criança chegou, vamos estabilizá-la está bem chama médico, depois tem uma medicação que vai pra farmácia, tem um protocolo a ser seguido e as vezes a família não entende, então é uma pressão muito grande, mais depois que a gente vai acalmando e explicando tudo que é tudo que a criança tem é, explicando os procedimentos né humanização, explicar pra família o que está acontecendo, o que pode acontecer, as melhoras então a criança vai... a criança não a família vai entendendo mais e ela vai acalmando e conseqüentemente acalmando a criança, o que eu falo assim é pra mãe, é mãe fica calma que você está deixando a criança nervosa, as vezes pra puncionar a mãe fica mais desesperada que a criança né então afeta bastante o nosso trabalho, mais fora a pressão assim da família em relação assim, a gente consegue contornar a situação... lógico evitando erros que né... erros que tem que todo mundo é humano, erra por que é humano mais nem todo erro é ... passível de desculpa e tal.

PERGUNTA: como é o diálogo dentro da enfermagem, dentro da sua atuação?

R: é importante o diálogo tanto com a criança, você tem que ter um foco com a criança e um outro tipo de conversa com os pais, não adianta você toda bobinha com a criança e bobinha com o pai que né são pessoas diferentes, você tem que ser públicos diferentes então com a criança você tem que ser um pouquinho mais lúdica explicar tudo, desde uma punção a você pega o garrote explica pra criança ó a tia vai puncionar, vai apertar bem forte o seu braço pra ver que ela vai passar por um, que vai apertar mais não é pra ela assustar, se chegar numa criança e ir lá garrotear assim com tudo sem explicar nada ela vai chorar, vai esguelhar e vai deixar a mãe nervosa e... vai virar uma bola de neve, e pra

mãe vai explicar sério, olha mãe nós vamos puncionar sua filha, nós vamos medicar, mais tem que ser num tom mais sério pra ela, pra passar segurança pra ela e pra criança então tem tons diferentes tanto pra criança quanto pra mãe e pra equipe também conversar ser profissional ser ético...

PERGUNTA: na sua opinião você tem os conhecimentos necessários para sua ação profissional? Quando você se depara em situações conflitantes com o paciente?

R: ah... depende ... tem muitos casos que por exemplo a gente não conhece, que a gente não sai da faculdade sabendo tudo, então tem muitos casos e... momentos que a gente não sabe como lidar com a situação, então a gente sempre recorre alguém a algum superior ou alguém que já tem experiência maior no setor e conversa entre equipe pra ver como é que tem que é... por exemplo como tem que chegar no paciente, chegar na mãe explicar buscar informações sobre a doença sobre as medicações que vão ser usadas então nunca falar sem ter a certeza do que está acontecendo, saber falar certo no momento certo... porque se não aflige todo mundo tanto a criança como a família e a todo a equipe.

PERGUNTA: fale um pouquinho sobre os sentimentos que você tem no cuidado humanizado quando voltado na equipe multiprofissional. Tem facilitado na saúde e bem-estar do paciente, família? Ou a conflitos entre a equipe?

R: a equipe multiprofissional, olha então, tem que ter esse contato multiprofissional, porque um depende do outro e todo mundo é uma equipe em si, tanto os técnicos como os enfermeiros, quantos os médicos, é os fisioterapeutas, tem que ter esse contato, muitas vezes a gente vê é profissionais sem paciência, é eles exigem da gente algo que a gente não saiba não está no nosso alcance e gera aquele conflito, mais a gente tenta, a enfermagem eu acho que é uma equipe muito que busca apazigua as situações entre médico vem brigando a gente tenta acalma... acho que tem que haver esse diálogo, mais tem que ser formal tem que ter paciência muitos não entende né isso.

PERGUNTA: conte um momento que você vivenciou que parou e pensou, nossa eu nasci para isso? Você fez a diferença?

R: eu trato como se fosse minha filha, é uma criança especial que é acamada, tem hidrocefalia, eu trato ela como se fosse minha filha, eu tento não né, interagir muito se não a gente sofre de mais porque é uma criança que “é largada pela família”, então assim ela não tem nenhum prognostico bom é eu faço de tudo pra ela, pra ela ter um bem estar, dou banho limpo, não tenho preguiça de ficar mudando de decúbito de ficar aspirando eu

faço carinho, massagem, eu gosto bastante porque sei que a mãe não faz, então a gente fala, ó se eu não fizer quem que vai fazer... e teve um caso por exemplo o mês passado uma criança que sofreu, sofreu um acidente no sitio, acho que ela levou um coice, acho que de um animal e afundou o crânio, e eu fui na recepção buscar uns documentos e eu vi a tia dessa criança ela estava na UTI, ai a tia veio desesperada conversar comigo, e falou você trabalha na UTI, chorando, ai eu falei não, mais a gente já sabia do caso que tinha corrido, por que rola conversa ai a gente fica sabendo que ia descer pra gente depois, ai depois eu conversei com ela e falei com ela e falei o que aconteceu? Tipo não era minha obrigação eu estava lá na recepção fui buscar uma coisa lá, ai sentei com ela lá no sofá, ai ela veio conversando falando assim que ... explicou o que tinha acontecido que estava na UTI e que não sabia o que fazer, queria saber notícias, eu falei olha, olha tia senta aqui, ai a gente começou a conversar, eu falei olha ele está lá em cima, ele está na UTI, ele está estabilizado, fica tranquilo, sabe fui passando uma segurança, falei olha daqui a pouquinho ele vai estar brincando lá com a gente, fica tranquila ele precisa de oração né, se você tem fé em alguém em Deus, qualquer religião reze por ele, porque ele precisa de vocês né, a mãe dele precisa de vocês, vocês são uma família e precisam ficar unidos nesse momento, e ela foi desabafando, ai depois de uma semana a criança desceu pra gente, ai eu vi ela passando lá no posto de enfermagem foi lá pro quarto, ai eu falei vou lá conversar com ela ... ai eu cheguei lá, falei oi tia você lembra de mim, nossa na hora ela veio e me deu um abraço, mais começou a chorar, eu também comecei a chorar, ai ela pedindo obrigada por você ter tido me acolhido quando eu estava nervosa aflita, sabe eu me senti muito bem, nossa arrasei, que é poucos momentos que a gente recebe agradecimentos e aquele dia foi emocionante, foi muito bom, ai ele foi pra casa.

ENTREVISTA PILOTO 02

23 anos, formada a 8 meses, não possui formação anterior, primeiro emprego na área hospitalar, atuante na enfermagem em clínica médica como enfermeira assistência, formada em instituição privada, sem formação posterior.

O que lhe conduziu à escolha do curso de formação inicial em Enfermagem?

R.: eu gosto bastante do cuidar, me preocupo bastante com as pessoas, acho que foi mais isso, na minha família já tem, minha mãe fez auxiliar de enfermagem, aí achei interessante e gostei, não me arrependi, faria de novo, se fosse preciso. A minha motivação foi que eu gosto da área, gosto do cuidar, gosto que o paciente saia bem, melhor do que entrou, sabe é bacana isso, é uma coisa que eu me identifiquei mesmo sabe.

O que lhe conduziu à formação de nível superior (para os que tiveram formação técnica)?

R.: sinceramente, porque minha família ficou no meu pé para eu fazer uma faculdade logo, e eu ia fazer o técnico de enfermagem, mais como ficou todo mundo pegando no meu pé resolvi fazer enfermagem, mais eu gostei, gostei bastante, mais eu queria ter feito o técnico, para ter uma base melhor, eu acho que quando a gente entra na faculdade não temos muitos conhecimentos básicos de verificar sinais, sondagens, coisas que técnico pode fazer, e eu não tinha noção nenhuma aprendi tudo na faculdade, acho que tinha mais dificuldade, sem o técnico entrando direto na faculdade. Acho que tendo o curso técnico você entra tendo um pouco mais de conhecimento, mais vivencia você não entra boiando, você tem o conhecimento prático, e acredito que a prática faz diferença.

Quais eram as suas expectativas em relação ao (s) curso (s) que frequentou? Elas se confirmaram?

R.: Nós tínhamos muita preocupação em aprender a parte prática, o fato de eu não ter o técnico, nossa morri de medo o curso inteiro, ficava pensando quando eu me formar, como vou fazer no estágio, nossa que medo, nunca puncionei, nunca passei uma sonda, os professores dão todo o auxílio, dão base, mais sem a prática, não sei, minha expectativa era puncionar certinho, saber colher uma gasometria e saber interpretar, sonda vesical de demora, nasoenteral, minha preocupação maior era mesmo na parte prática. Em contato com os pacientes eu sempre acreditei que ia me dar bem, até hoje super tranquilo, você tem que saber mais ouvir do que falar, na enfermagem o segredo é esse você ouve mais e

fala menos, qualquer coisa que você fale pode ser interpretado de maneira errada e ficar ruim para o nosso lado, e dar todo suporte que eles precisam né, apoiando. A relação com a equipe é complicado, como eu falei você fala uma coisa e a pessoa pode interpretar errada e uma coisa pequena minúscula se torna numa coisa enorme, mais aqui é gostoso me dou bem com a equipe, um ajuda o outro, mais sempre tem né um mais folgadinho que o outro, tem uns que não gostam de fazer o serviço direito, mais tudo resolvido na base da conversa, e é bacana a convivência.

Na formação você teve possibilidade de atuar no campo profissional? Se sim, em que áreas? Fale como foi esta experiência.

R.: Na área da enfermagem não, quando eu estava no sétimo semestre, quando eu entrei na prefeitura da minha cidade como estagiaria de enfermagem, mais como eu não tinha de auxiliar nem o técnico eu ficava como estagiaria mesmo, eu cuidava de um menino de 02 anos que tinha diabetes na escolinha, mais só tive esse estágio mesmo, depois disso só no estágio da faculdade.

Como você descreveria seu ensino durante a graduação? Como as aulas eram ministradas?

R.: Minhas aulas no começo da faculdade eram ministradas por Mestres e Doutores, no ano seguinte foram cortados e ficaram somente pós-graduados. No primeiro ano o ensino era perfeito, éramos muito cobrados, eles eram dinâmicos, tinham muita experiência no que estavam fazendo... No ano seguinte... tinham uns bons e outros muito fracos, que acho que nem sabiam o que estavam fazendo ali direito, as aulas eram ministradas por alguns seriamente, que não aceitavam bem barulho em sala de aula, já outros nem ligavam, estavam ali para cumprir horário, e receber no final do mês, porem acredito que quem faz a instituição não são os professores são mais os alunos mesmos... basta se esforçar e exigir o que é seu por direito. Tínhamos aulas bastante dinâmicas e diferentes, e outras que a professora só chegava e lia os slides, sem explicar muito bem, e passava uns vídeos para enrolar e que muitas vezes nem condizia com o assunto da aula, mais enfim. Acredito que a maioria dos meus professores da faculdade, tínhamos um bom diálogo, interagiam bastante com a gente, fazia que nos participássemos bastante da aula, tinha uns muito dinâmicos, só que tinha alguns que estavam lá só para ganhar o dinheiro no fim do mês mesmo, despeja as matérias, só escreviam na lousa, quando fazíamos pergunta não sabiam responder direito, falavam que iam pesquisar e depois eles respondiam a nossa pergunta. Mais acredito que eram uns 80% dos professores que

interagiam com a gente, eram dinâmicos, sabiam o que estava falando, tinham o conhecimento, mais sempre tem uns 20% que via que estava lá por estar, porque víamos que não sabiam nada do assunto, aí nós tínhamos que ir atrás estudar para entender melhor. Fiz cinco anos de faculdade, e achei que condiz realmente com o que a faculdade tem a oferecer, tanto a teoria como na prática, os procedimentos, tudo que se passa nas aulas mesmo, mais eu tinha muita dificuldade na parte prática, por eu não ter de auxiliar e nem técnico como eu falei, mais os professores me davam muito apoio, eu era meio devagar, mais ia tentando, porque a prática só com o tempo.

Você percebeu mudanças em relação ao que você pensava sobre a atuação em enfermagem durante a sua formação?

R.: Na verdade com essa nova enfermagem denominado de enfermeira assistencial, mudou bastante do que eu pensava sobre a enfermeira, na faculdade aprendemos que lidamos mais com parte de burocracias, resolvendo problemas, passando sondas, SAE, Braden, Grau de Complexidade, etc. Mais como assistencial não temos muito tempo e nem autonomia para fazer quanto mais essa parte da enfermeira mesmo. Assumimos pacientes, realizamos medicações e no máximo evoluímos o paciente, fazemos o histórico, etc. A parte de burocracias e resolver problemas fica para a coordenadora e supervisão de enfermagem, como assistencial temos que dar banho, trocar fraldas, mais funções de técnicos mesmo, mas a parte boa é que para quem está iniciando na carreira é bom para pegar a prática, a rotina e aprender as práticas da função.

Fale um pouco de seu percurso profissional.

R.: Então como eu sou recém formada, faz somente 8 meses que sou formada, não tenho um percurso assim muito grande, me formei em dezembro, em Janeiro já comecei entregar o meu currículo, entreguei aqui nesse hospital, entreguei nos hospitais de minha cidade, e aqui foi onde chamou primeiro, ai eu vim fiz a entrevista passei e fui chamada e entrei e estou aqui agora, faz cinco meses que estou aqui, já passei na experiência, estou aprendendo muito aqui, além do que eu já tenho conhecimento teórico, está me ajudando bastante na prática, como questão de fazer uma SAE mesmo, BRADEN, classificação de risco, dieta em bomba que eu tinha dificuldade na teoria na faculdade, medicação em bomba, gasometria, na faculdade eu tinha medo, achava que eu não ia conseguir, agora estou bem melhor, puncionar uma veia, estou melhorando.

Fale um pouco de sua atuação profissional voltada ao cuidado integral ao paciente atendido.

R.: Aqui no hospital sou enfermeira assistencial, eu trabalho no período da manhã, mais às vezes eu dobro a tarde e à noite, faço tudo que a enfermeira tem que fazer, punciono, faço SAE, BRADEN, classificação de risco, passo sonda nasoenteral, levo o paciente no raio-X para confirmar a passagem da sonda, ajudo nos banhos, ajudo nas trocas de fraldas, converso bastante com os pacientes, ouço bastante o que eles tem para falar, ofereço bastante apoio no que eles precisam, faço evolução de enfermagem que é importante, faço tanta coisa que não consigo me lembrar agora. Aqui no meu setor, por ser um setor feminino e clínica médica, tem bastante pacientes oncológicos e fazemos a classificação de risco e assim analisamos as dependências do cliente, os cuidados necessários de enfermagem, e diante disso planejamos o melhor cuidado que vamos oferecer, e com isso o funcionário se prepara antes para dar o melhor cuidado, ele já vê que o paciente tem curativo, e prepara todo o material para ser feito na hora do banho, prepara o carrinho com tudo que é necessário. Acredito que nesse período que eu trabalho estamos sempre em 5-6 funcionários de manhã, e acabamos ficando com 2-3 pacientes, assim não fica pesado, e fica tranquilo para dar uma boa assistência. Mais uma coisa ruim quando a escala esta desfalcada, quando tem 14 pacientes para 04 funcionários a hora da divisão fica um paciente complexo para cada um, tanto técnica como enfermeira, mais sempre falamos, se precisar de ajuda é só chamar, pelo menos até hoje é assim que tem funcionado no meu setor, um ajuda o outro.

Como é para você atuar no âmbito curativo tendo a família ao lado do paciente durante a internação?

R.: Para mim é bom, porque vimos bastante pacientes chegando debilitado e vai embora melhor, então pensamos nossa demos um bom cuidado, ficamos muito felizes quando o paciente vai embora melhor do que entrou, eu gosto bastante, é bem edificante, porem tem o outro lado, vimos bastante óbito, tem que saber lidar, não é fácil, mais temos que saber lidar, na enfermagem tem o lado bom e o lado ruim, tem que saber lidar com os dois lados, mais é bem gostoso trabalhar no âmbito curativo. As dificuldades que encontramos são de se apegar ao paciente, não podemos nos apegar tanto, mais aí o paciente vai a óbito, temos que ser forte e saber lidar com a situação, com a família, também é bem complicado. Uma coisa boa no âmbito curativo são materiais que vem facilitando o nosso cuidado, como o guincho para tirar o paciente da cama, para levar o paciente tomar banho no chuveiro, entre outros que estão vindo para facilitar nosso

serviço, acredito que esta fazendo toda a diferença. Trato os pacientes e familiares como eu gostaria de ser tratada ou que tratassem meus familiares, temos que ter paciência, carinho e atenção, nos dedicar, afinal nos que escolhemos o que estamos fazendo como profissão, não podemos trazer problemas pessoais para o trabalho e descontar naquele que esta debilitado e que precisa de cuidados e não tem culpa com nada que acontece com sua vida particular, procuro ouvir o máximo e falar menos, pois muitas vezes somos interpretados de maneiras diferentes pelas pessoas, procuro confortar com palavras amigas e fazer o meu trabalho da melhor maneira possível.

Na sua opinião você tem os conhecimentos necessários para a sua ação profissional?

R.: Na minha opinião eu tenho sim os conhecimentos para atual função minha, apesar de não ter o técnico nem o auxiliar antes de cursar a faculdade, não perdia as aulas práticas e me esforcei muito no estágio no período do primeiro ano com a faculdade, procurei tirar todas as minhas dúvidas para meu melhor desempenho, quando eu conseguisse meu primeiro emprego como enfermeira e até que deu certo. Claro que tenho algumas dúvidas, ninguém sabe tudo né, e como eu disse, como assistencial fazemos mais a parte prática da função, tinha algumas dúvidas em alguns procedimentos mais com o tempo fui praticando e hoje me sinto mais preparada, ainda do que antes. Acho que não podemos nos acomodar e temos que sempre buscar por mais conhecimentos, eu em breve vou atrás de pós, eu até ia iniciar uma em educação, mais não gostei, não é minha cara, eu prefiro urgência e emergência, ou UTI. Para mim a enfermagem é muito prazerosa, mais você tem que gostar muito do que faz porque não somos reconhecidos, mais faria de novo se fosse preciso, gosto muito da área, do que aprendemos na faculdade, pude colocar em prática.

Eles são suficientes para os momentos em que você se depara com situações conflitantes no cuidado ao paciente?

R.: Teve um caso de uma paciente que estava muito debilitada, desanimada, acamada, e depois de eu conversar muito com ela, apoiar, confortar, dizer que ela não poderia se entregar, que tinha que reagir e eu estaria ali ao seu lado, para ajudá-la, passando confiança e animação, que tudo seria no tempo dela, consegui fazer ela sentar na cama e deambular com auxílio pelo corredor, antes disso tinha feito o Grau de Complexidade dela tinha dado alta complexidade, e mudei para cuidados simples, acharam que eu estava louca, depois que eu consegui fazer isso com a paciente, me deram parabéns e disseram que eu tinha razão, paciente alta, obesa, e com diagnóstico de AVC... O esposo não tinha

palavras para me agradecer e nem a paciente, fui muito elogiada, e me senti realizada como profissional por poder proporcionar essa conquista para o paciente.

Me fale sobre como você estabelece o diálogo com os pacientes e com a família. O que você procura enfatizar nesses momentos.

R.: Acredito bastante que o diálogo é importante, porque o cliente chega aqui assustado né, com dor geralmente, na maioria das vezes, se você não se apresentar corretamente, olha sou a enfermeira fulana, eu que vou cuidar do senhor, da senhora, durante o período da internação, oferecer ajuda, apoio, motivar esse cliente, faz toda a diferença porque as vezes ele nem tem acompanhante, e fica meio sem graça de ir ao banheiro e acho que faz toda a diferença você falar, olha eu estou aqui, eu vou te ajudar, trocar fralda, qualquer coisa a base de um bom diálogo, tem que entender que estamos aqui para ajudá-lo, ele não está aqui para atrapalhar, tem que explicar para ele ficar mais tranquilo possível, que estamos aqui para ajudar.

APÊNDICE 02

QUESTIONÁRIO

1. SEXO:

FEMININO

MASCULINO

2. IDADE: _____

3. TEMPO DE FORMAÇÃO:

MENOS DE 1 ANO 1 ANO 2 ANOS 3 ANOS

4 ANOS 5 ANOS OU MAIS

4. FORMAÇÃO ANTERIOR:

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM

SEM FORMAÇÃO ANTERIOR

5. LOCAL DE TRABALHO:

HOSPITAL PSF/UBS UPA OUTROS

6. ATUA EM QUAL ÁREA:

CURATIVA PREVENTIVA

7. SE A ATUAÇÃO É NO ÂMBITO HOSPITALAR, ATUA EM QUAL SETOR:

ENFERMIARIAS UTIS PRONTO ATENDIMENTO

SETORES ANEXOS

8. QUAL SUA FUNÇÃO:

ENFERMEIRO(A) ASSISTENCIAL SUPERVISOR(A)

COORDENADOR(A) GERENTE OUTROS

9. SUA FORMAÇÃO ACADÊMICA FOI EM INSTITUIÇÃO:

PÚBLICA PRIVADA

10. FORMAÇÃO POSTERIOR:

NÃO SIM.

QUAL: _____.

APÊNDICE 03

Roteiro de Entrevista

IDENTIFICAÇÃO GERAL:

Nome; Idade; Instituição de Formação Técnica e Ano de Formação; Instituição de Formação Superior e Ano de Formação; Tempo de Trabalho na Enfermagem; Tempo de Trabalho no âmbito curativo; Local de atuação profissional; Setor onde trabalha.

PERGUNTAS:

1. O que lhe conduziu à escolha do curso de Graduação em Enfermagem?
2. Qual era sua expectativa em relação ao curso? Ela se concretizou? Sim ou não? Porquê?
3. Em sua formação inicial você teve possibilidades em atuar no campo profissional? Se sim, como? Se não, porquê?
4. A sua formação inicial foi suficiente para sua atuação profissional? Você acredita que tem os conhecimentos necessários para esta prática?
5. Fale de seu percurso profissional depois que você se graduou?
6. Fale de sua atuação profissional e de como você trata de seus pacientes?
7. Para você o que é o cuidado humanizado?
8. Quais são as facilidades que você tem na sua atuação profissional e quais as dificuldades que você enfrenta?