



A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ASPECTOS GERAIS



Organizador
Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado



VOLUME 2



A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ASPECTOS GERAIS



Organizador
Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado



VOLUME 2

Editora Omnis Scientia

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

Volume 2

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2023

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador

Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

I34 A importância da atenção integral a saúde : aspectos gerais : volume 2 [recurso eletrônico] / organizador Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2023.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-81609-41-2

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2

1. Saúde pública - Brasil. 2. Promoção da saúde - Brasil. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Enfermagem - Prática. 5. Política de saúde - Brasil. I. Machado, Marcos Cezar Feitosa de Paula. II. Título.

CDD23: 362.10981

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Os capítulos abordados nesse livro demonstram diversas facetas apresentadas para a saúde, desde a gestão da saúde passando pelo cuidar e cuidador até o próprio adoecimento. Assim sendo, contempla 08 capítulos, numa abordagem interdisciplinar da saúde.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 6, intitulado “SUICÍDIO EM TRABALHADORES E DISCENTES DE SAÚDE”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

GESTÃO ESTRATÉGICA PARA ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Valdjane Nogueira Noletto Nobre

Ana Paula Caetano Pereira

Priscila de Oliveira Martins

Merilaine Isabel dos Santos

Priscila Tafuri de Paiva Risi

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva

Juliana Raquel Maciel do Nascimento

Simone Aparecida de Souza Freitas

Juliana da Silva Mata

Sandra Patrícia Duarte

Maria Ivanilde de Andrade

Tatiana Lamounier Silva

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/10-20

CAPÍTULO 2.....21

A VIDA QUE PULSA: FORMAÇÃO E TRABALHO NA ENFERMAGEM E O LÓCUS DA AUTONOMIA PARA EXERCER O CUIDAR

Giane Elis de Carvalho Sanino

DOI:10.47094/978-65-81609-41-2/21-59

CAPÍTULO 3.....60

ANÁLISES DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM MOGI DAS CRUZES

Ana Julia Silva de Assis

Giane Elis de Carvalho Sanino

Julia Cristina Franco Carneiro

Laura Gomes de Sousa

Rebeca Kelly Spilla

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/60-79

CAPÍTULO 4.....80

GRUPO DE GESTANTES: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL

Jorge Rubens de Sá Marcolino

Juliana Sá Marcolino

Guilherme José Spindola Cordeiro

Maria Natividade de Sá Antunes

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/80-90

CAPÍTULO 5.....91

SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NA XI REGIONAL DE SAÚDE, PERNAMBUCO, BRASIL, ENTRE 2012 E 2021

Raquel Nascimento Silva

Larissa Camila de Matos Ferreira Gomes

Paloma Luna Maranhão Conrado

Lídia Pinheiro da Nóbrega

Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado

Priscila Maria de Barros Rodrigues

Pauliana Valéria Machado Galvão

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/91-102

CAPÍTULO 6.....103

SUICÍDIO EM TRABALHADORES E DISCENTES DE SAÚDE

Jorge Rubens de Sá Marcolino

Maria Natividade de Sá Antunes

Juliana Sá Marcolino

Bruno Rodrigo de Sá Marcolino

Guilherme José Spindola Cordeiro

Jefferson Meira Pires

Florentino Andrade Melo Junior

Ernestina Domingues Cardoso

Anderson Fábio Moura Weiber

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/103-115

CAPÍTULO 7.....116

SAÚDE INDÍGENA ATIKUM-UMÃ E PANKARÁ

Jorge Rubens de Sá Marcolino

Juliana Sá Marcolino

Bruno Rodrigo de Sá Marcolino

Guilherme José Spindola Cordeiro

Maria Natividade de Sá Antunes

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/116-128

CAPÍTULO 8.....129

COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Giulia Silva Braga

Antônio Eduardo Ribeiro Izidrio

DOI: 10.47094/978-65-81609-41-2/129-138

A VIDA QUE PULSA: FORMAÇÃO E TRABALHO NA ENFERMAGEM E O LÓCUS DA AUTONOMIA PARA EXERCER O CUIDAR

Giane Elis de Carvalho Sanino¹.

1. Introdução

Minha formação acadêmico-profissional teve início no Ensino Médio, quando cursei o Centro Específico de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério (CEFAM). Naquele momento, minha maior ambição era concluir o Ensino Médio como uma profissional em qualquer área, pois, como tantos outros filhos de classe operária, havia internalizado o discurso familiar sobre a importância de ter um diploma. Ao término do curso do Magistério, novamente me vi diante da necessidade de fazer mais uma escolha: a da área profissional. O campo da Biologia e dos assuntos relacionados à área da Saúde me atraíam. Por conseguinte, parti em busca de conhecimentos e esclarecimentos a respeito de profissões relacionadas à área da Saúde, optando, por fim, pela Enfermagem.

Enquanto cursava Enfermagem, comecei a lecionar Ciências para alunos de 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental, o que propiciou a geminação da minha experiência profissional. Procurei estabelecer um elo entre a Educação e a Enfermagem. Durante esse tempo me envolvi não apenas com a disciplina que lecionava a meus alunos, mas também com alguns projetos referentes à promoção, proteção e prevenção à saúde junto a toda comunidade escolar. Dessa forma, mesmo sem ter a maturidade necessária e os conhecimentos específicos para tal, de maneira incipiente, comecei a identificar o fato de que todo Enfermeiro é um Educador, querendo ou não, uma vez que ele orienta sua equipe, os usuários dos serviços de saúde, e outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde. O que faz com que ele seja um Educador é a sua conscientização de tal fato e as atitudes que decorrerão dessa percepção global de sua realidade; visto que, enquanto Enfermeiro-Educador, ao desenvolver suas atividades poderá exercer um importante papel social.

Ao terminar o curso de graduação, busquei aprofundar meus conhecimentos na área escolhida para minha profissão. Para tanto, iniciei um curso de pós-graduação, modalidade *lato sensu* por meio do qual obtive o título de Especialista em Nefrologia. O curso era em período integral, e como meu objetivo não era trabalhar em um hospital no período noturno, optei por exercer a docência em cursos Técnicos em Enfermagem. Finda a especialização, procurei conciliar o exercício da Enfermagem com o da Educação, separadamente; entretanto, trabalhava em uma clínica multinacional de diálise, e, por divergências no horário proposto, não pude mais lecionar em cursos Técnicos em Enfermagem. Então, decidi exercer a função de Educadora somente como Enfermeira. Assim, trabalhei como

Enfermeira da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), lecionando para os usuários dos serviços de saúde (pacientes e familiares). Esta decisão, mais uma vez, reforçou minha concepção de que o profissional de saúde é um Educador.

Embora continuasse a ensinar, agora em uma situação informal, senti imensa falta da sala de aula formal e dos alunos. Decidi, então, que não mais deixaria a Educação. Demiti-me da clínica e saí em busca de um emprego, que me permitisse conciliar o exercício das duas profissões: Educadora e Enfermeira. Voltei a estudar para melhorar minha *qualificação* como docente. Pensava cursar Pedagogia, uma vez que os cursos de graduação e de especialização me haviam proporcionado subsídios e/ou conhecimentos para ser Enfermeira, mas não para o trabalho didático formal, razão pela qual precisava continuar estudando. Finalmente, optei por cursar o Mestrado em Educação, acreditando que essa nova etapa me permitiria consolidar a relação profissional que sempre se fez presente na minha carreira: a relação Enfermeira/Docente.

O exercício de diferentes funções nos quadros da Enfermagem e nos da Educação, me possibilitou traçar um comparativo entre as variadas experiências profissionais. Nesse sentido, senti necessidade de construir e/ou reconstruir, para mim, o conceito do que é *ser* Enfermeira; pois, como profissional da área da Enfermagem, acredito que o *ser Enfermeira* não é algo que se delineie apenas durante a graduação, mas também que se incorpora aos poucos, durante o exercício da atividade profissional diária.

Nesse contexto do exercício de minha profissão, razão de minha entrada no doutorado, retorno à questão do cuidar de uma forma que considero mais ampla e abrangente. Retomo-a nesses termos, considerando que, anteriormente, ela se relacionava com os momentos nos quais eu trabalhava em instituições de saúde e ela estava restrita àqueles profissionais com os quais eu dividia os momentos assistenciais e de cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde. A amplitude do cuidar se apresenta no momento em que penso que é o Enfermeiro quem forma o Enfermeiro, o Auxiliar e o Técnico em Enfermagem.

Ao adentrar no doutorado comecei a conhecer a Teoria Crítica, que fez sentido nessa minha concepção de ver o cuidar atrelado ao contexto macrossocial ao qual está inserido e, não apenas as questões inerentes a biologia ou a saúde como se fosse simplesmente a ausência de doença. Dessa forma, as seguintes indagações foram surgindo:

Quais seriam o compromisso e a responsabilidade social daqueles que trabalham nas Instituições de Ensino Superior (IES), ministrando aulas aos futuros profissionais da área da Enfermagem, frente ao cuidar na formação do Enfermeiro? Que *tipo* de cuidar esse Enfermeiro/Docente constrói com seus alunos e exerce junto aos usuários dos serviços de saúde?

Em vários momentos, questioneei e ainda questiono se realmente estamos realizando nosso compromisso profissional como Enfermeiros e Enfermeiros Docentes, pois esse compromisso é também com a qualidade de vida das pessoas, e por consequência, com a condição de vida da população e com a Saúde em todas as suas dimensões, desde

a proteção, a prevenção até a promoção e a reabilitação, sem distinção, como pessoas semelhantes em direitos, deveres e valores.

Nesse contexto, faz-se relevante para a formação do Enfermeiro, além das exigências cabíveis à prática assistencial e dos requisitos que pesam sobre o ensino de enfermagem, a construção de outros conhecimentos. Impõe-se posição compatível não só com a prática de cuidar e de ensinar a cuidar, mas com a procura de novas formas de interpretação da realidade, orientadas por um projeto político-pedagógico de profissionalização, que reconheça as contradições da sociedade na qual está inserido e compreenda a complexidade dos contextos determinantes do processo saúde-doença.

2. O Tema e sua Delimitação

A partir do século XIX¹, o conhecimento científico passou a organizar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde; a forma majoritária como ocorreu a utilização desse conhecimento foi com enfoque predominantemente marcado na centralidade no tratamento de patologias dentro das instituições hospitalares. Esse modo de tratar as questões relacionadas ao processo saúde-doença acabou se consolidando no modelo de atenção à saúde, que, na atualidade, é conhecido como modelo hegemônico biomédico hospitalocêntrico. Seguindo esse modelo, os profissionais de saúde têm sido submetidos a uma formação fragmentada, que poderia ser considerada, segundo os teóricos frankfurtianos da primeira geração da Teoria Crítica, como uma pseudoformação, o que os direciona a uma abordagem com cunho essencialmente curativa do corpo biológico, levando-os a tratar as pessoas como objetos, desconsiderando sua história de vida, e os diversos modos de enfrentamento individual frente ao processo saúde-doença.

É inquestionável a participação dos avanços científicos na redução de inúmeras doenças infecciosas, mas, por outro lado, convivemos com o avanço das doenças crônicas; os dados epidemiológicos do século XXI evidenciam que as formas propostas para alcançar a saúde, não surtiram o efeito desejável. O quadro epidemiológico da população brasileira pode ser utilizado como exemplo para evidenciar essa situação. O país passou por uma transição demográfica acelerada, devido à queda acentuada dos níveis de fecundidade. O formato triangular da pirâmide populacional, com uma base larga, vem dando lugar a uma pirâmide etária típica de uma população envelhecida. (MENDES, 2019, p. 157). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. No Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (28%), neoplasias (18%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5%). (BRASIL, 2020, p.14).

¹ Os conceitos de saúde-doença foram analisados nesse estudo em sua evolução histórica, dentro da perspectiva ocidental, que foi fortemente influenciada pelo modelo europeu.

Dentro desse cenário, surge a necessidade de se repensar o modelo de formação do profissional de saúde a partir da compreensão de que saúde e doença são formas pelas quais a vida se manifesta, são experiências únicas e subjetivas, que vão além das questões postas pelo capital; surge, dessa forma, a tensão entre a subjetividade da doença, e a objetividade desse modelo de se *fazer* saúde, e da formação dos profissionais de saúde. Como seria possível quebrar o paradigma do atendimento ao episódio agudo, com ações imediatistas, que não evidenciam um sério e adequado planejamento social para a saúde? Da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento do cidadão e da sociedade? Como articular a formação do profissional de saúde, para que atue e estimule o desenvolvimento de um sistema de saúde, que cuide das pessoas para que elas não adoçam, e que estimule nas pessoas a autonomia de seu cuidar, e não apenas que cuide de forma *duvidosa* dos doentes, das doenças, e de suas consequências?

Partindo da consideração de que as diversas instituições de saúde precisam também auxiliar as pessoas para que não adoçam, e não apenas cuidar das doenças após a sua instalação, quando os indivíduos já estiverem acometidos por algum desequilíbrio no processo saúde-doença - o que invariavelmente pode trazer sequelas de ordem econômica, biológica e/ou emocional, de uma forma passiva, como se o fluxo, a demanda às instituições de saúde, necessariamente tivessem que ser espontâneas, longe do alcance de medidas que visem desenvolver ações para a proteção e promoção da qualidade de vida da população.

Dessa forma, levamos em consideração que a formação do Enfermeiro talvez não deva ser embasada apenas na vertente do domínio de conhecimentos técnicos e científicos. Acresce-se ao domínio dos conhecimentos técnicos científicos, a necessidade da utilização desses conhecimentos, articulados, e voltados para o atendimento das necessidades da realidade na qual os egressos dos cursos de Enfermagem estarão inseridos, visando o aprofundamento das experiências formativas sobre a compreensão da enfermagem como prática, e, sobretudo, como uma prática social, necessária também para o alcance da promoção da saúde da população. Essa postura lhe possibilita atender a demanda de saúde populacional, a partir da análise do seu perfil epidemiológico, com o desenvolvimento de ações pautadas na autonomia, e com qualidade técnica e política.

Em Teoria de La Seudocultura, Adorno (1966, s/p.) traz elementos que permitem refletir sobre as contradições presentes no modelo de formação na sociedade contemporânea:

A formação era tida [no iluminismo] como condição implícita a uma sociedade autônoma: quanto mais lúcido o singular, mais lúcido o todo. Contraditoriamente, no entanto, sua relação com uma práxis ulterior apresentou-se como degradação a algo heterônomo, como percepção de vantagens de uma irresolvida *bellum omnium contra omnes*. Sem dúvida, na ideia de formação cultural necessariamente se postula a situação de uma humanidade sem status e sem exploração. Quando se denigre na prática dos fins particulares e se rebaixa diante dos que se honram com um trabalho socialmente útil, trai-se a si mesma.

Não inocenta por sua ingenuidade, e se faz ideologia.

Esse tipo de formação, que se espalha no senso comum para se sustentar sobre aspectos meramente afetivos ou meramente tecnológicos ou biológicos, invade diversos âmbitos da vida e se afirma, tornando-se ideológica porque pode propiciar a negação da subjetividade. A formação que não considere os elementos da realidade na qual se insere, produz soluções imediatistas e frágeis; constitui-se como uma formação falsa, porque nega o desenvolvimento da autonomia do sujeito pseudoformado e pseudoculto, como argumenta Adorno.

A pseudoformação nega ao indivíduo a compreensão dos elementos aos quais está relacionado o processo saúde-doença, restando-lhe tão somente instrumentalizar-se. No caso específico dos profissionais da área da saúde, a busca incessante pela instrumentalização tecnológica, com vistas à adaptação ao *mercado da saúde*, pode excluir a possibilidade do desenvolvimento da consciência dos sujeitos do cuidar quanto aos processos causais dos desequilíbrios da saúde.

Utilizamos, fundamentalmente o conceito de pseudoformação, a formação em Enfermagem talvez não deva ser embasada apenas no domínio de conhecimentos técnicos e científicos na esfera da simples instrumentalização. Acresce-se a eles, a necessidade da utilização desses conhecimentos, articulados e voltados para o atendimento das necessidades da realidade, na qual os egressos dos cursos de Enfermagem estarão inseridos.

Nessa direção, Horkheimer e Adorno apresentam elementos para aprofundar nossa análise quanto à questão ideológica, que pode estar contida nos discursos oficiais do conceito de saúde, que podem produzir a pseudoformação do Enfermeiro:

Mas, como a ideologia já não garante coisa alguma, salvo que as coisas são o que são até a sua inverdade específica se reduz ao pobre axioma de que não poderiam ser diferentes do que são. Os homens adaptam-se a essa mentira, mas ao mesmo tempo, enxergam através de seu manto. A ideologia já não é um envoltório, mas a própria imagem ameaçadora do mundo. Não só pelas suas interligações com a propaganda, mas também pela sua própria configuração, converte-se em terror. Entretanto, precisamente porque a ideologia é a realidade dada, à falta de outra ideologia mais convincente, converte-se em ideologia de si mesma, bastaria ao espírito um pequeno esforço para se livrar do manto dessa aparência onipotente, quase sem sacrifício algum. Mas esse esforço parece ser o mais custoso de todos (HORKHEIMER & ADORNO, 1973, p. 203).

A área da saúde se impõe de forma diferente de outras áreas sociais, através do estabelecimento de um significativo envolvimento emocional, profissional e ético com as pessoas que buscam assistência exigindo, assim, um repensar e um refazer das práticas profissionais e dos processos de trabalho no âmbito do SUS, que, necessariamente, passam por uma redefinição na formação de seus profissionais.

Encontramos nos estudos de Bassani e Vaz (2003, p. 35), uma contribuição sobre os escritos dos teóricos frankfurtianos relacionados ao corpo, que pode nos fornecer elementos sobre as intervenções específicas dos profissionais de enfermagem dentro do contexto da saúde:

[...] Existe ainda pelo menos uma outra contribuição de Adorno no que se refere ao tema *corpo*, que emerge em praticamente todos os ensaios do livro em questão (*Educação após Auschwitz*). Trata-se de uma série de expressões empregadas por Adorno, tais como *cicatriz, ferida, arrepio, sangue*, entre outras. A hipótese é de que essas expressões que, na falta de uma designação melhor, chamaremos de *metáforas corporais*, não são empregadas por acaso, sem um propósito, sobretudo se considerarmos a envergadura de um filósofo como é o caso de Adorno, e sua preocupação e rigor quanto à forma da linguagem como meio de expressão rigorosa do objeto. Ao que tudo indica, um estudo amplo e minucioso a respeito dessas expressões, que aparecem também no núcleo central das obras do autor, trará contribuições importantes para a educação do corpo, e certamente revelará pistas para compreendermos melhor o lugar do corpo em sua Filosofia Social.

O tema corpo alcança uma dimensão na obra de Adorno, utilizando expressões que denotam a fragilidade corporal – cicatriz, ferida, sangue e arrepio. A questão emergente é a possibilidade, dessas fragilidades apontadas, irem ao encontro da realidade social à qual esse corpo está submetido, ou representarem o reflexo das condições sociais somatizadas pelo corpo.

Dessa forma, os processos de formação na área da saúde estão intimamente relacionados com a realidade social e com os processos de desenvolvimento econômico, científico e tecnológico. Por essa perspectiva, as transformações que caracterizam a contemporaneidade onde a realidade está colocada na esteira da incerteza, devido ao seu caráter de constantes mudanças em um curto período de tempo, até mesmo no âmbito das ciências, suplantando essa divisão entre ciências humanas e ciências biológicas, ao se pensar em uma formação integral, que vá de encontro as questões colocadas por essa corporeidade.

Outra vertente, que se faz necessário observar, é o acesso aparentemente universal à informação, a valorização da tecnologia e à transformação do modo de produção e do trabalho, com a quase normatização de algumas qualidades consideradas necessárias aos trabalhadores para a inserção no mundo do trabalho (que se apresenta cada vez mais competitivo, exigente e instável).

É frequente poder observar as discussões a respeito das inovações tecnológicas na formação do profissional da saúde. Contudo, o que invariavelmente se presencia é o aumento do uso de tecnologias, tornando o cuidar, uma *ciência asséptica*, que parece não estar voltada à sociedade, às pessoas que a sustentam, na medida em que os profissionais mostram-se mais preocupados em evidenciar seus domínios no uso das tecnologias e das descobertas científicas, para se inserirem e se manterem no competitivo mundo de trabalho,

do que compreender as necessidades do ser humano a quem está prestando cuidado.

Zuin elabora pertinentes considerações a esse respeito, em seu estudo sobre a publicização do corpo e a formação, na perspectiva da Teoria Crítica:

A imagem da educação pela dureza, na qual muitos crêem irrefletidamente, é basicamente errada. A concepção de que a virilidade signifique o máximo de capacidade para suportar a dor já se transformou há tempos em símbolo de um masoquismo que – como demonstra a psicologia – se funde com demasiada facilidade ao sadismo. Em última análise, a elogiada têmpera para a qual se é educado significa pura e simplesmente indiferença à dor... Aquele que é duro contra si mesmo adquire o direito de sê-lo contra os demais e se vinga da dor que não teve a liberdade de demonstrar, que precisou reprimir. (ADORNO, 1986, p. 39 apud ZUIN, 2003, p. 45)

Pode-se questionar o tipo de formação necessária, não apenas para atender as demandas do capital impostas à sociedade, mas uma formação que consiga dialogar com a essa realidade social, promovendo a consciência formal dessas contradições levantadas, em que a perpetuação da dor, subjugando o outro no momento em que se encontra em maior vulnerabilidade não seja uma ação corriqueira.

Por outro lado, a articulação do conhecimento com o perfil epidemiológico do processo saúde-doença parece não ser relevante nas práticas sociais cotidianas, como se para suprir as necessidades de saúde fosse necessário apenas o conhecimento e o saber fazer tecnológico. Na esfera das ciências da saúde, parece se apartar a cidadania para explicar a relação do processo saúde-doença sob um prisma restrito, o da vertente exclusivamente biológica, instrumental e tecnológica, que trazem, invariavelmente, certezas imediatas, e que se autodenominam como legítimas para alcançar uma suposta qualidade de vida. Adorno (2002, p. 94) fornece elementos para aprofundar a análise dessa situação:

Como vários outros elementos do materialismo dialético, também a noção de ideologia foi transformada de um meio de conhecimento em um meio de controle do conhecimento. Em nome da dependência da superestrutura em relação à infra-estrutura, passa-se a vigiar a utilização de ideologias, em vez de criticá-las. Ninguém mais se preocupa com o conteúdo objetivo das ideologias, desde que estas cumpram a sua função.

A *ciência asséptica* poderá ocorrer na medida em que, na formação do Enfermeiro, a vertente tecnológica possa aparecer como objetivo último, a ideologia predominante de promover a solução imediata a todos os problemas de saúde, se distanciando de qualquer possibilidade de reflexão sobre o que ocorreu antes de instalado o processo saúde-doença, promovendo um distanciamento, uma descaracterização da função social do profissional da área de sua ação em âmbito preventivo. Essa formação tende a levar a uma racionalidade instrumental, apartando o sujeito das possibilidades de reflexão sobre a realidade em que se insere, podendo levar à impossibilidade da construção da autonomia do pensar nos processos formativos. Pode não mais propiciar uma formação intelectual e cultural ampla. O que se apresenta é uma *pseudoformação*.

O avanço técnico que poderia libertar o homem das diversas formas de trabalho massificadoras, o tem aprisionado no tecnicismo. Horkheimer e Adorno (1966, s/p) nos apresentam essa situação:

O sonho da formação – a libertação da imposição dos meios e da estúpida e mesquinha utilidade – é falsificado em apologia de um mundo organizado justamente por aquela imposição. No ideal de formação, que a cultura defende de maneira absoluta, se destila a sua problemática.

A pseudoformação se apresenta como algo distorcido, que nega ao sujeito a compreensão das questões às quais está relacionado o processo saúde-doença, restando-lhe simplesmente se instrumentalizar. No caso específico dos profissionais da área da saúde, a busca incessante pela instrumentalização tecnológica, com vistas à adaptação ao *mercado da saúde*. Esse processo pode excluir a possibilidade do desenvolvimento da consciência dos sujeitos, dos processos causais dos desequilíbrios da saúde.

A pseudoformação pode ter como elemento constitutivo, a separação, no âmbito das relações capitalistas, aos diferentes tipos de trabalho, a insegurança social e econômica, levando os indivíduos a ter ações imediatistas em busca da satisfação de suas necessidades materiais. Segundo os autores:

A formação tem como condições a autonomia e a liberdade. No entanto, remete sempre a estruturas pré-colocadas a cada indivíduo em sentido heteronômico e em relação às quais deve submeter-se para formar-se. Daí que, no momento mesmo em que ocorre a formação, ela já deixa de existir. Em sua origem está já, teleologicamente, seu decair. (HORKHEIMER; ADORNO, 1966, s/p.)

O indivíduo pseudoformado acaba aprisionado em processos formativos acelerados, fragmentados, cujo imediatismo pode deformar a capacidade de perceber, pensar, entender e sentir, por não remeter à consciência e à autoconsciência. Contudo, mesmo num ambiente que privilegie esse movimento, Adorno argumenta que a própria reflexão sobre a situação de pseudoformação se apresenta como possibilidade de emancipação.

Uma questão importante a ser considerada na pseudoformação é a questão das especialidades. O saber tecnológico em áreas restritas e cada vez mais especializadas se faz crucial para manter-se no mundo do trabalho, contudo corre-se o risco de não ampliar o olhar para as questões mais abrangentes que estão intimamente relacionadas a esse saber especializado, e focar apenas em uma formação mais ampla, diversificada e geral, na medida em que se absolutiza em si mesmo, ao se congelar em categorias fixas, diagnosticando o caráter regressivo, um provável colapso dessa pseudoformação, ao não ampliar o foco de atenção, e sim diminuir, até se perder de vista o objeto.

Nesse ponto, a formação cultural pode ser negada, apresentando-se como uma formação falsa. O pseudoculto, por acreditar ser possuidor de uma formação adequada, pode apresentar um bloqueio para uma formação mais abrangente pelo simples fato de acreditar ser possuidor de conhecimentos já relevantes. O que Horkheimer e Adorno conceituam como pseudoculto é o indivíduo com uma consciência eminentemente instrumental.

As práticas escolares ao assumir, mesmo que de forma *inconsciente*, a reprodução dos modos de produção da sociedade capitalista dominante, podem se tornar um veículo de destaque de disseminação dessa *ciência asséptica*, que não se apresenta diretamente vinculada à pseudoformação, mas não está de todo separada da sociedade, de um contexto histórico-social. Ao analisarmos seus desenvolvimentos e os inúmeros avanços tecnológicos e científicos (imunobiológicos, antibióticos, mapeamento genético, telemedicina, etc.), nos deparamos com a questão de que, apesar de toda essa potencialidade, persistimos com o recrudescimento de agravos básicos, eminentemente relacionados com situações de vulnerabilidade social (desnutrição, doenças parasitárias, tuberculose, malária e etc.). Dessa forma, a ciência não pode ser mesmo considerada neutra, na medida em que praticamente expurga os grupos excluídos socialmente de seus avanços, em uma situação de dominação social.

3. Percurso Metodológico

Ao considerar que as dimensões do processo do trabalho e conseqüentemente da formação do Enfermeiro, estão intrínsecas às questões relacionadas ao cuidar; gerenciar, ensinar, pesquisar e sobretudo à participação política nos assuntos inerentes à saúde em geral e, em particular a sua profissão. Partindo também da premissa que o acúmulo de funções do Enfermeiro, que poderiam ser compartilhadas na equipe multiprofissional (as que não são de sua exclusividade), podem dificultar o desenvolvimento de suas atribuições específicas. Dessa forma, o Enfermeiro pode acabar centralizando suas ações de coordenação da equipe com caráter operacional, mais do que ideológico e político ou em atividades administrativas o que conseqüentemente empobrece a sua prática; com isso, o estudo teve as seguintes questões de pesquisa:

- 1) Como se situa a formação do Enfermeiro na sociedade capitalista de consumo?
- 2) Como construir relações pedagógicas visando a formação crítica dos sujeitos, a busca da autonomia e de caminhos emancipatórios no exercício da profissão de enfermagem, no contexto da sociedade capitalista de consumo e ante a hegemonia do modelo biomédico hospitalocêntrico?
- 3) Que subsídios poderiam oferecer as histórias orais de vida de professores de enfermagem Enfermeiras e Enfermeiras para a construção de um trabalho ou processo alternativo de formação em enfermagem?

3.1 Hipóteses

Baseada na problematização, a pesquisa partiu das seguintes hipóteses:

1) A formação do Enfermeiro no contexto do sistema socioeconômico e cultural vigente tem assumido uma conotação de pseudoformação, fragmentada, unidimensional, isto é mais focada no binômio saúde-doença, privilegiando os aspectos técnicos-científicos, desarticulada das necessidades, da realidade global na qual os egressos dos cursos de enfermagem vão estar inseridos.

2) A construção de uma formação anti-hegemônica e anti-consumista se faz possível, suscitando uma postura crítica frente à situação socioeconômica, política e cultural em que se realiza a atividade do profissional da enfermagem, promovendo a subjetividade, a autonomia, a autoafirmação e o autodesenvolvimento, que transpasse os aspectos meramente técnicos e biológicos, de forma a inserir o saber da enfermagem na unidade do ser humano, no respeito às suas diferenças e necessidades fundamentais de forma a superar o reducionismo do binômio saúde-doença.

3) A história oral de vida de Enfermeiras professoras de enfermagem e Enfermeiras podem contribuir para um projeto pedagógico alternativo em enfermagem, pois ao abrir a própria vida no exercício da profissão poderão manifestar posicionamentos subjetivos, corporais, afetivos, vivenciais, autônomos e enriquecer as teorias pedagógicas.

3.2 Objetivos

Os objetivos do estudo consistiram em:

- analisar como ocorre a formação do Enfermeiro, tendo em vista as estruturas macrossociais determinantes do processo saúde-doença;

- descrever como as Enfermeiras professoras de enfermagem e as Enfermeiras compreendem a construção do processo formativo e a possibilidade do desenvolvimento do exercício da autonomia no cuidar.

- identificar se existe a possibilidade de escapar, contestar, desconstruir no projeto formativo, a onipresente hegemonia do capitalismo e da sua universalidade técnico-científica consumista na área da saúde.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

A partir da análise de casos individuais de quatro Enfermeiras como sujeitos da pesquisa, foi possível compreender suas trajetórias biográficas, com vistas à compreensão social em que suas práticas se inserem e são exercidas. Duas Enfermeiras também são educadoras, atuando diretamente com a formação de Enfermeiros (uma docente de uma instituição privada e uma docente de uma instituição pública). Para esses sujeitos no que

se constitui a sua participação na formação, tendo em vista as relações que se estabelecem entre vida, trabalho e formação?

A pesquisa também confrontou os diferentes pontos de vista sobre a formação e as relações sociais que são estabelecidas no âmbito educacional, ao analisar os distanciamentos e proximidades entre as experiências profissionais. Assim, esse distanciamento do tempo entre as gerações de Enfermeiras evidenciou se ocorreram diferenças na formação, em relação ao exercício da autonomia para o cuidar, entre as gerações. Dessa forma, elegemos também como sujeitos da pesquisa duas Enfermeiras formadas a partir de 2006 (uma Enfermeira formada por uma instituição pública e uma Enfermeira formada por uma instituição privada), pelos pressupostos da última DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais) vigente para o curso de graduação em Enfermagem, contextualizando o momento histórico dessas formações.

3.4 Dimensão Empírica

A parte empírica da pesquisa foi realizada através do método de história oral, segundo Meihy (2000, p. 12), “algumas histórias pessoais ganham relevo à medida que expressam situações comuns aos grupos ou que sugerem aspectos importantes para o entendimento da sociedade mais ampla”. Acreditamos que a história oral possa apresentar a possibilidade de evidenciar e aprofundar as representações sobre as experiências educacionais, ao permitir a expressão da subjetividade dos sujeitos em suas narrativas, manifestando suas vivências e experiências na formação e no trabalho. As entrevistas ocorreram individualmente em local previamente escolhido pelas colaboradoras. A cada uma, como questão disparadora da entrevista, foi solicitado que contasse:

- Como e quando surgiu a vontade de ser Enfermeira?
- Como a enfermagem entrou na sua vida e, que faz de você ser a Enfermeira que você é?

4. Análise das Histórias Orais de Vida

Atendendo a solicitação das entrevistadas para preservação da identidade, elas foram nomeadas aleatoriamente com nomes de pedras preciosas e, os outros nomes citados em suas narrativas foram substituídos por suas letras iniciais.

Na análise, são apresentados os recortes das unidades de significado que evidenciaram como as narradoras compreendem a formação, o trabalho, o *lócus* do cuidar na enfermagem e, sobretudo como elas lidam com os conflitos constantes do cotidiano nas equipes multiprofissionais, para desenvolverem suas ações no processo saúde-doença em prol da qualidade de vida da população.

De forma geral, as narrativas das Enfermeiras formadas pelos diferentes tipos de instituições (públicas e privadas) não apresentaram diferenças conceituais, bem como a narrativa das docentes das diferentes instituições. Entretanto, ao se analisar separadamente as narrativas das Enfermeiras e Enfermeiras docentes, encontramos características bem distintas quanto à visão estabelecida frente ao *lócus* do cuidar. As Enfermeiras apresentaram uma visão referente ao *lócus* do cuidar eminentemente prática, sem uma reflexão, ou subsídios teóricos suficientes que embasem de forma mais aprofundada esse posicionamento, conforme as narrativas abaixo:

Eu não consigo me ver como Enfermeiro, assim, como uma profissional da saúde, é como amigo mesmo, eu converso, minha mãe uma vez veio aqui e, aí a gente começou a conversar, minha mãe conheceu os pacientes, ficou conversando; então, assim, eu não tenho muito essa barreira de jaleco, não é comigo, com paciente não!

(...) O tratamento deles aqui, mesmo com essa minha interação, não seria diferente, porque alguns na verdade, já querem alta, porque é um tratamento longo, demora a surtir efeito...

(Madrepérola)

O modo como Madrepérola aborda sua relação com os pacientes pode remeter a pensar que ela não identifica que sua atuação está em consonância com os instrumentos do processo de cuidar, em que estão inerentes ações como as de fornecer apoio emocional, estabelecer comunicação terapêutica, orientar sobre medo, angústias e apreensões, chegando ao ponto de pensar que seu trabalho não é relevante, que qualquer outro elemento da equipe multiprofissional poderia exercê-lo. A vida pulsa em suas ações, mesmo que talvez ainda não tenha ainda a nítida percepção desse fato, ela encontra momentos para exercer a sua autonomia no cuidar.

Será esse fato a evidência do reflexo de uma pseudoformação, revestida por processos formativos marcados pelo viés biologicista, em que apenas as atividades de cunho eminentemente práticas, voltadas para um corpo apenas na esfera biológica? Sem levar em consideração as outras dimensões que integram a constituição do sujeito e que também perfazem o processo saúde-doença no âmbito social, negando a subjetividade do sujeito e, por consequência a sua própria subjetividade. No entanto, mesmo sem ter presente a consciência desse fato, ela burla o que seria sua pseudoformação, sua subjetividade negada, mantendo uma postura emancipada ao lidar com seus pacientes na vertente da humanização no cuidar.

Por outro lado, a fala de Ametista evidenciou que:

...o nosso cuidado na enfermagem é mais direto, porque sempre tem a gente 24 horas que fica realmente aqui. Que fica mais, você está mais junto, a parte que você esta lá, você vai verificar sinais vitais, vai administrar uma medicação. Você fica muito mais tempo com os pacientes do que todos os outros profissionais e acaba criando um vínculo com o paciente, que ele acaba falando mais com você, até uma professora minha brincava assim:

Tem esse cuidado mais direto mesmo, você está mais em contato com o paciente, você escuta mais, fica mais um certo tempo lá, conhece todo mundo, porque você está em uma unidade, você está com todo mundo ali, é tudo responsabilidade sua.

A fala de Ametista nos leva a pensar que ela reconhece que seu processo formativo lhe possibilitou elementos de proximidade, de apoio ao outro em situação de vulnerabilidade, aliada também às esferas administrativas, denotando outras vertentes para o cuidar, além da eminentemente técnica, de apoio emocional, ela sinaliza que a responsabilidade administrativa também é uma incumbência da Enfermeira perante o cuidar.

Nessa perspectiva de articulação da teoria com a prática, Marcuse nos apresenta subsídios para análise:

Se a preposição de Kant, segundo a qual não se deveria educar para a sociedade atual mas sim para uma sociedade melhor, ainda conserva algum sentido, então a educação precisa modificar também (e talvez antes de tudo) o lugar das ciências nas universidades e no domínio inteiro da “pesquisa e desenvolvimento”.

(...) Pode-se considerar a criação de um reduto acadêmico, onde a pesquisa científica seria feita independentemente de quaisquer aspectos militares, onde a organização, a marcha e a publicação das pesquisa seria inteiramente deixadas a um grupo independente de cientistas que levasse a sério a idéia de humanidade. (MARCUSE, 2001, p. 95)

Coloca-se dessa maneira, uma ideia de formação articulada com o contexto social de forma geral, para o desenvolvimento da humanidade como um todo, não voltada apenas aos interesses socioeconômicos. Segundo Zuin (1999, p. 118 - 119), para Adorno; o objetivo da práxis educacional é a emancipação, se a teoria se faz necessária, não se pode deixar de considerar que tal procedimento pode conduzir a sua própria absolutização. Atento para tal possibilidade, Adorno observa que se a teoria possui uma certa interdependência da prática, por outro lado reafirma que nem a prática transcorre sem a teoria nem esta sem a prática:

Se a prática fosse o critério da teoria, se transformaria, por amor ao *thema probandum*, no embuste denunciado por Marx e portanto, não poderia alcançar o que se pretende;

se a prática se orientasse simplesmente pelas indicações da teoria, se endureceria doutrinariamente e, além disso, falsificaria a teoria. (ADORNO, 1992, p. 89 apud ZUIN, 1999, p. 119).

Nesse perspectiva, os processos educacionais não se restringem ao necessário momento da instrução, mas certamente o transcendem. Esse tipo de raciocínio nos leva a inferir que a esfera do processo educativo não se limita às instituições de ensino, ampliando a percepção a ponto de investigarmos a forma como a mercantilização dos produtos simbólicos, o que determina novos processos educativos fora ou dentro das escolas.

Enquanto as Enfermeiras docentes ao narrar seus posicionamentos e opções de vida e profissão, frente às mesmas questões, apresentaram uma maturidade profissional que as possibilita assumir posturas mais autônomas em suas decisões perante o cuidar, que em parte pode ser explicada pelos anos de profissão e de vida e, sobretudo pelas trajetórias profissionais percorridas, tempo esse que as outras Enfermeiras ainda não tiveram o suficiente, para refletir de forma mais aprofundada sobre a sua formação e exercício profissional, sem contudo deixar de exercê-lo, de apresentar a “fagulha libertadora do humano” em suas ações cotidianas, conforme evidenciado nos excertos a seguir:

Cuidar para mim é isso, não é só eu ser tecnicamente habilitada, a fazer todos os procedimentos na máquina! Isso salva a vida do paciente? Salva, mas não 100%. Porque se a gente não dá uma atenção, se a gente não conversa com o paciente e, com a família, se a gente não entender o problema dele, o paciente pode até cometer suicídio, ele desiste do tratamento.

(Turqueza)

Turqueza alia as percepções das necessidades de cuidado apresentadas por Madrepérola e Ametista, tanto referente à humanização do cuidar, como também a parte técnica e gerencial, evidenciando que os instrumentos do cuidado são os mesmos, independente dos locais em que ele for exercido.

Já Cristal demonstrou o cuidado como interdisciplinar, compartilhado, aprendido constantemente e ensinado:

Nesse ambulatório eu trabalhava muito próximo de um Terapeuta Ocupacional, na época a gente montou um trabalho conjunto. Estávamos em um ambulatório antigo, era atrás do MASP, e conseguia ir para lá os funcionários antigos já, eles entravam na periferia e conseguiam chegar no Centro só quando estavam já há anos na carreira, portanto nós éramos os mais novos. Então nós fomos montando um trabalho que hoje em dia se chama acolhimento, tem esse nome que vem da Saúde

Mental, esta perspectiva de trabalho que hoje tem na Atenção Básica veio da Saúde Mental. A gente fazia um atendimento nesta perspectiva de acolher as pessoas que estavam sem agendamento, ou porque estavam em surto ou o porque tinham perdido a consulta. A gente montou esse esquema de acolher, atendia também em grupos, atendíamos a família, trabalhávamos muito.

(...) Neste sentido eu sempre me instrumentalizei, tanto na formação em psicodrama, para atender, estudei muito e, depois fui fazer o mestrado, fui atrás de instrumentos de outras áreas de formação, de outros conhecimentos, mas sempre para instrumentalizar o meu específico que era o cuidado e, disto eu não tenho dúvida, sempre que tinha, tanto no ambulatório quanto depois que fui para o Hospital Dia, o atendimento, quando tinha lá pacientes em surto que precisavam de cuidado, embora a gente trabalhasse junto na equipe, eu conseguia sempre perceber o instrumento de cada um. (Cristal)

Conceituar o cuidado tem sido uma preocupação constante de diferentes autores que buscaram dar um cunho pessoal em suas interpretações, a respeito dos significados e das formas como este se processa, revelando o aspecto humano, o profissional, mas sempre como uma visão abrangente do cuidado, da mesma forma que nossas entrevistadas também abordaram como estabelecem a sua relação com o cuidado, tentando superar ao máximo qualquer tipo de fragmentação que possa ser imposto pelos determinantes macrossociais nas instituições de saúde. Contudo, essa dimensão do cuidado nem sempre tem se tornado presente no cotidiano dos serviços de saúde, como se evidencia no excerto abaixo:

(...) Eu vejo desta forma, já fiquei internada, já fui parar em hospital, já fui maltratada, como muita gente também; às vezes até em hospital particular, você vê a arrogância, você vê a indiferença e, eu acho que é isso assim, sabe? (Madrepérola)

Nessa mesma direção, podemos apontar que o cuidado, ou melhor, a falta do cuidado, conforme relatado por Madrepérola, talvez esteja revestido apenas pela razão instrumental, sem a preocupação com as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde, a frase de Ametista também serve para evidenciar essa situação:

Já fiquei internada em hospital particular o ano passado, eles iam lá não tinha nada respiratório e faziam PA, pulso, temperatura, frequência respiratória e, saturação oxigênio manhã, tarde e noite e, às seis da manhã, às oito, às quatorze, às vinte e, às 6 da manhã, ver todos os sinais vitais de novo (mas verificavam as cinco, porque as seis o pessoal da noite acabava adiantando).

As narradoras relataram a realidade de um cuidado asséptico, desprovido de interação, de reciprocidade, de atenção, revestido de ações de um caráter instrumental, que podem perpetuar a barbárie. Nesse sentido, cabe aqui algumas indagações:

Em que momento os profissionais do cuidar revestiram suas ações nesse grau de frieza? Quais os processos que servem como *pano de fundo*, nesses cenários de indiferença? Qual é o papel da formação dentro desse processo de dessensibilização?

A Teoria Crítica pode nos fornecer subsídios para analisar essas questões. A pseudoformação que pode estar instalada reflete um estado de coisas no qual a dimensão emancipatória da racionalidade é obstaculizada, imperando a sua dimensão instrumental voltada para a exploração e a dominação. Dessa forma, as pessoas têm a falsa noção de que já possuem os conhecimentos necessários, quando na verdade se informam de modo superficial, sobre diversos assuntos. Instala-se a supremacia do pensamento vazio sobre o raciocínio crítico, o que conduz necessariamente à reflexão sobre o incentivo para a ausência de reflexão. (ZUIN, 1999, p. 65)

Nesse contexto, invariavelmente, os profissionais, para suportar a pressão ao se defrontarem com ambientes de trabalho insalubres, onde predomina a falta de materiais, equipamentos e recursos humanos, se apoiam no embrutecimento, revestindo-se na fria racionalidade técnica, instrumental e burocrática do trabalho. Zuin (1999, p. 43, 71), ao citar Adorno & Horkheimer sobre a conversão da formação em pseudoformação, apontou que “a socialização radical significa alienação”, que a universalização do gênero humano, por meio da instrumentalização da razão, ao invés de provocar apenas a emancipação, reproduz o isolamento e a dessensibilização. Quando as pessoas se dessensibilizam em relação aos outros e em relação a si próprias, ou quando os objetos são construídos sem o objetivo de auxiliar a composição de uma vida melhor para todos, estamos diante de um sistema social, cujas relações favorecem um clima cultural favorável à reincidência da barbárie.

Esse cenário em parte pode ser explicado pela hegemonia fortemente herdada da educação em enfermagem, desde seus primórdios, onde estava contida a submissão das relações sociais ao capital, perpetuando o poder da classe dominante, pelo cruel viés da inclusão, ao permitir as mulheres terem uma posição social de comando (mesmo que limitado), em um momento que estavam restritas as tarefas domésticas. No entanto, a educação em enfermagem veio fortemente pautada na ideologização e na limitação das ações críticas, revestida no reducionismo mecanicista, subsumindo a formação como forma de adaptação as condições de produção e reprodução do capital, onde seu processo de formação, ou melhor dizendo, de pseudoformação consistia em um sistema de ensino pautado no treinamento, com divisão clara de tarefas entre as *nurses* e *ladies nurses*.

Segundo Zuin (1999, p. 139), Adorno defende a necessidade dos homens abandonarem seu estado de minoridade, eles devem se emancipar da tutela feita pelos outros, ousando fazer o uso público de sua própria razão. Nessa perspectiva, Marcuse, em

seus comentários para uma redefinição da cultura, afirmou que:

Como tal, a dominação é aceita e defendida, e os homens fazem dela a sua própria causa. O resultado é um estado de dependência universal, mútua, que obscurece a hierarquia efetiva. Por trás do véu da racionalidade tecnológica aceita-se a heteronomia universal sob a forma de liberdades e confortos, como os oferecidos pela “sociedade afluyente”.

Sob tais condições, a criação (ou recriação) de um refúgio de independência espiritual (a independência prática e política é efetivamente impedida pelo poder concentrado e pela coordenação na sociedade industrial avançada) deve adotar a forma de um retrocesso, de um isolamento consciente, de “formação da elite” intelectual. E de fato uma redefinição da cultura contrariaria as tendências mais poderosas. Significaria a libertação do pensar, do investigar, do ensinar e do aprender em relação ao sistema existente de valores e de modos de comportamento, assim como a elaboração de métodos e conceitos capazes de ultrapassar racionalmente os limites dos fatos e dos “valores” estabelecidos. (MARCUSE, 2001, p. 85)

Assim, podemos compreender que o contexto em que as práticas de enfermagem são exercidas pode ser pano de fundo para a instalação de processos adaptativos, impregnados de um viés de pseudoformação, visto que a mesma até pouco tempo era socialmente visualizada, imaginada e adaptada somente como sinônimo exclusivo do cuidado à saúde numa prática meramente assistencial, de modo a atender as necessidades estritamente biológicas, com predomínio no cenário hospitalar. Com o passar dos anos esta concepção obteve gradativamente flutuações em seus conceitos, tornando necessárias profundas avaliações em relação à profissão e sua importância como uma ciência da área da saúde.

É no sentido de evidenciar que existe a possibilidade de superação dessa fria realidade instrumental, que a vida pode continuar pulsando mesmo quando negada. Um excerto da narrativa de Cristal pode exemplificar a possibilidade de ruptura dessa situação:

Eu sempre lembro aos estudantes no primeiro dia de aula, da responsabilidade pública que a gente tem, da importância de termos uma prática que incida na dimensão política da vida. Não tenho dúvida que a opção pelo referencial teórico é uma opção política, não é neutra e tem coerência com a visão de mundo do professor, do pesquisador.

No entanto, para fazer sentido, essa discussão teórica se articula, como pode ser utilizada para transformar a prática, senão fica sem sentido. Apresentamos conceitos que ajudem a identificar necessidades de saúde e a planejar projetos com a população, projetos de educação em saúde numa perspectiva emancipatória, não prescritiva. (Cristal)

Embora muitos estudos chamem a atenção para a humanização da assistência, ideia aqui compartilhada e valorizada, entende-se que esta proposta será mais significativa se pensarmos a humanização do ensino a partir dos relacionamentos estabelecidos durante o processo de formação. Nesse sentido, nossas entrevistadas apresentam outros elementos para pensar a situação:

(...) Então, aprimorar as condições de saúde daquele sujeito ali, quando você está na prática dentro da unidade básica, a gente tem que aprimorar as condições de saúde do indivíduo, isso não tem discussão porque esse é um instrumento que está desenvolvido há séculos, os da clínica médica, a medicação, o diagnóstico, etc. Então digo aos estudantes que esses a gente tem que utilizar na excelência, estes instrumentos a gente tem que dominar muitíssimo bem, na excelência, e isto não tem questionamento. Mas digo que vamos ali discutir, fazer a síntese, do que a gente não tem ainda domínio, que é esta perspectiva de atender o sujeito, de aprimorar as condições de saúde do sujeito, por referência ao grupo social ao qual ele pertence, pensando que é isso que é o coletivo, não é um conjunto homogêneo de pessoas, mas é o conjunto heterogêneo dos grupos sociais que compõem um determinado território, o da unidade básica, que a gente quer aprimorar as condições de saúde, quem sabe um dia chegar na igualdade, sair da equidade para ir para a igualdade, que é um projeto utópico lá na linha do horizonte, é isso. (Cristal)

Cristal nos faz pensar uma formação não restrita apenas aos aspectos técnicos e biológicos do processo saúde-doença, que são extremamente importantes, mas não os únicos aspectos a serem considerados, ela postula que a determinação social dos eventos mórbidos deve ser levada em consideração e, avança no sentido de entender uma formação que leve ao desenvolvimento da consciência que supere a alienação, como forma de emancipação, pois somente dessa forma, o cuidado poderá ser desenvolvido em todas as suas possibilidades.

Já Turqueza sinaliza com a humanização do cuidar, para tomar condutas que privilegie a subjetividade dos sujeitos, sem burocratizar ações em protocolos institucionais, amparando-se nos conhecimentos da profissão e, no trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional, conforme excertos a seguir:

(...) trabalhei muito na UTI, muito em emergência, são os lugares que eu mais adoro trabalhar, se eu tiver que tomar uma conduta que – a norma do hospital é duas visitas, mas eu sei que esse paciente tem um prognóstico ruim, veio à família, mas tem um monte lá fora esperando para ver, eu libero.

(...) E aí eu arco com as consequências, enquanto profissional do lugar. Por que é

que você abriu exceção?

Então aí a gente tem que conversar também com a equipe multidisciplinar, então, por exemplo, dentro de uma UTI a gente tem um médico 24 horas – ô doutor, eu vou liberar mais um pouquinho. Entendeu? (Turquesa)

O modo como Ametista descreve o seu compromisso com o cuidar, nos remete a pensar que, com sutileza, ela desenvolve a percepção de que os compromissos gerenciais compõem mais uma das esferas da humanização do cuidar, além da própria atitude de real interesse pelo outro nas interações humanas:

(...) Outro compromisso é a postura, do jeito que você vai cuidar, do jeito que você se comporta, que você conversa com o paciente, do que você passa para ele é, você escutar o que ele tem para te falar e, ver aquela necessidade dele(...)

(...) também tem o compromisso realmente do gerenciamento, que tem que ter, porque querendo ou não, até com os indicadores é importante ver, por exemplo:

Nossa, está tendo um alto índice de quedas, por que será? A gente vê se o protocolo se está sendo efetivo, revê as técnicas para poder diminuir isso, é um compromisso também. (Ametista)

Neste aspecto, para Esperidião (2001, p.16), a mudança de paradigma na assistência em saúde encontra-se intimamente relacionada com a formação dos profissionais envolvidos nesse processo, pois ao reconhecermos o futuro trabalhador em saúde como pessoa, facilitamos o reconhecimento dele mesmo como fator básico no cuidado, favorecendo a manutenção de sua própria saúde mental e ampliando, conseqüentemente, suas possibilidades em estabelecer relações mais humanizadas.

Entre os elementos que constituem uma relação de cuidado, se encontram os de um sentimento de implicação ativa, uma disposição genuína para responder, presenciar, ter reciprocidade e o compromisso para promover o bem-estar do outro (BENJUMEA, 2004, p. 137). Contexto este que é denotado na fala da Madrepérola:

Esta no leito é só mais um número, só mais um cuidado hoje, é só mais um resultado que tem que sair daqui a alguns meses; então precisa liberar este leito. Eu vejo assim mesmo, empatia, sabe fazer aquilo por alguém, que você gostaria que fizesse por você, esperar o retorno, igual você, sabe?

Acho que esse é o nosso papel, ensinar a fazer direito e, ter a confiança naquilo que ele faz, porque realmente não dá para a gente fazer toda a parte assistencial mesmo,

porque não é nossa, porque tem a parte do Técnico e do Auxiliar e, não daria para dar conta do administrativo e, assistencial ao mesmo tempo. (Madrepérola)

De acordo com Adorno (2002, p. 64), a formação cultural é justamente aquilo que só poderá ser obtida a partir do esforço espontâneo e interesse, que a simples frequência a cursos não garante. Na verdade ela não corresponde a esforços, mas sim à disposição de aprender, de cuidar, como evidencia Madrepérola.

Enquanto Turqueza evidenciou o processo dinâmico da aprendizagem em serviço e a importância de sempre estar disposta a aprender, Ametista denotou os contrapontos do exercício profissional, ao narrar que mesmo estando presente a maior parte do tempo, não tem condições de resolver todas as situações que envolvem o cuidado, mesmo tendo a gestão da unidade como sua responsabilidade.

Este estudo nos permite afirmar que a relação pedagógica entre professor e aluno, Enfermeira e equipe de enfermagem, Enfermeira e usuário dos serviços de saúde é influenciada por fatores externos e anteriores ao momento do processo de ensino em si. Neste contexto, observa-se também, que sempre houve e há uma premente necessidade de profissionais da área da saúde qualificados, seja para a área assistencial ou para a área da docência, como ponto importante para a melhoria da formação do futuro profissional, voltada a uma visão geral e não fragmentada, para que a enfermagem não se torne uma profissão de visão retrógrada e estanque dentro de seus próprios princípios.

Todavia, ainda resta o constante desafio de aprofundar a contextualização do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de cada escola/curso, uma vez que visões idealizadas são representadas no âmbito das discussões dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, as quais acolhem interesses e proposições identificadas nos sistemas de saúde locais e regionais. Neles as proposições poderão adquirir consistência histórica, suficiente para mostrar o seu potencial transformador, desde que os princípios e estratégias pedagógicas busquem a articulação ensino-serviço comunidade, ou ensino-assistência-pesquisa, sejam tomados como caminhos possíveis para integrar as dimensões teoria/prática, técnica/política, prática social/profissão.

No momento social, em que nas discussões sobre a formação do Enfermeiro surge a questão de como promover a ultrapassagem do modelo de racionalidade técnica até então dominante, para um modelo de formação emancipadora, talvez seja pertinente que cada uma das áreas do conhecimento que contribuem para a formação, proceda a uma espécie de autoanálise, visando identificar potenciais e limites relacionados a este fim. De modo alienado, já se faz algo coletivamente hoje, fato esse que é a tônica presente de nossas colaboradoras, que constantemente em suas ações conseguem se colocar dentro dos limites de suas possibilidades, de forma emancipada perante o cuidar.

Muito embora se saiba que a formação inicial não produz o profissional completo, mas detém importante papel no processo de formação, como pode se observar nos excertos apresentados a seguir, relacionados à dimensão do ensino teórico-prático comparando as instituições privada e pública:

Não vejo diferença entre os alunos que cursam enfermagem na atualidade dos que cursaram quando comecei a dar aulas. Não acho que é uma questão de tempo, por um lado o que vejo assim, são diferentes características das diferentes instituições de ensino em que trabalhei. Sempre me preocupei muito com a qualidade da aula que eu dou. Claro que mudou e melhorou, porque eu fui estudando, fui investindo, mas tanto faz se eu estava lá naquela universidade privada ou aqui; a minha responsabilidade era a mesma, porque a idéia era que eu deveria pôr o dedo na história da formação do trabalhador de saúde, fui dar aula por conta disso. Então noto uma diferença muito grande de Enfermeiros formados em escolas privadas daquela época, com os formados nas de agora. Eu vejo, por exemplo, a inserção dos alunos de M., encontro em outros lugares, enfim mesmo nas unidades básicas de saúde, nos cursos de pós graduação, às vezes encontro Enfermeiros de outros cursos, é muito diferente a postura profissional, a possibilidade de formação técnica; isso sim, noto muita diferença com essa multiplicação exponencial de faculdades de enfermagem privadas, que vendem o sonho do diploma universitário (Cristal).

Por outro lado, a fala de Turqueza evidenciou que:

Na formação, ultimamente a gente tem recebido os alunos muito despreparados, e assim, eles não percebem o valor que tem o conhecimento que a gente transmite para eles, que a gente de qualquer forma, tenta que eles busquem também esse conhecimento, eles não entendem o valor daquilo no momento, pode ser que depois eles entendam, mas no momento eles não entendem. Então, para mim é mais gratificante eu trabalhar na assistência do que na formação do aluno (...)

(Turquesa)

Sob este aspecto, pode-se dizer que não existe diferença na perspectiva dos egressos de enfermagem tanto das instituições públicas como privadas, esses alunos mais despreparados que chegam, hoje, também são fruto de um processo social. Desta forma, percebe-se que a graduação nas instituições de ensino, sobretudo as particulares, que se expandiu em resposta às pressões da demanda por ensino superior, estimuladas pelo capital, com a penetração do setor privado, ao contrário das instituições de ensino públicas.

Dessa forma, o que se nota é que as políticas públicas que fundamentaram a expansão da educação partiram da premissa de que a realização da pós-graduação traria o aperfeiçoamento automático da graduação, o que certamente contribuiu para melhorar a titulação dos docentes que atuam no ensino superior, mais como uma medida para atender as exigências legais. Todavia, não ocorreu da mesma forma conforme o imaginado a elevação da qualidade da formação dos alunos de graduação, tanto das escolas públicas como privadas.

Nessa perspectiva, a formação em Enfermagem, além de garantir o conhecimento essencial a uma prática terapêutica, seja no âmbito da graduação ou na pós-graduação, promove capacidades intelectuais e as competências para a investigação, avaliação crítica do exercício profissional e dos planos de ação política, para que o processo formativo possibilite a formação em que o sujeito possa de fato compreender qual é o cerne de suas ações; o que faz a sua ação ser única, diferente e necessária dentre as outras treze profissões reconhecidas da área saúde, buscando desse modo a emancipação para a construção de sua autonomia profissional.

A ideia do trabalhador adestrado, disciplinado, tem nos cenários das práticas da saúde, um poderoso aliado, chamado tecnologia organizacional, produzido a partir da fragmentação e parcelarização de tarefas, com ações mecanizadas, que se revestem encobertas num discurso totalmente falacioso de competências gerenciais e organizacionais, postas como um controle social, que invariavelmente acentuam a alienação e por fim acabam por desqualificar o próprio trabalhador. Nossas entrevistadas apresentam algumas facetas dessa realidade nos excertos a seguir:

O que mais me desanimou ao aprofundar as matérias práticas do curso, eu acho que a falta de autonomia para começar, eu sentia que a hierarquia sobre a Enfermeira, o Médico mandava no Enfermeiro, sendo que a gente vê na verdade que não deve ser assim, porque é uma classe, a gente tem tanta responsabilidade, tanto autonomia quanto eles, assim como o nosso, nós não nos envolvemos na parte médica, a gente não fica criticando o que deve ser feito e, como deve ser feito, essa parte que eles querem mandar na nossa classe e, dizer como tem que ser feito, foi que o que mais me incomodou, na verdade na prática acho que era isso mesmo.

(Madrepérola)

(...) no treinamento com a família de paciente acamado, que faz uso de sonda nasoenteral, a gente treina a família e, se o Médico chegar e, falar: Esse paciente está de alta. Eu vou falar: Não vai embora.

Paciente acamado, que faz uso sonda nasoenteral, eu não consigo dar todas as informações para esta família, de como dar um banho no leito, como cuidar da

sonda nasointestinal e, preparar a dieta enteral em três horas. Não vai, vai amanhã.

(Ametista)

(...) Às vezes o clínico, ele não sabe tocar parada; tem alguns Médicos que eles sabem que eles não sabem e que a gente sabe. Então, o que eles fazem: “Pessoal e aí? E agora? Vamos.” O que, que eu fazia? Eu tomava a frente e, falava: “Então fulano faz a massagem. Vamos pegar a veia. Podemos fazer uma adrenalina agora?”

“É boa ideia, pode fazer!” “Estou preparando aqui o material para entubar, você quer que a gente chame o cirurgião para entubar, para ajudar aqui?” “Ah, é bom!” Entendeu? Então a gente ia levando desse jeito, porque a gente tem que salvar o doente, a gente não pode ficar brigando em cima do doente, certo? (Turquesa)

Nas narrativas descritas acima ficou evidenciado como Madrepérola, Ametista e Turquesa pensam sobre sua responsabilidade com o cuidado, independente do posicionamento de outros profissionais da saúde, diante da questão, elas procuram cada uma de seu modo, exercer a sua autonomia no cuidar, são nítidos exemplos de como a vida pulsa, como está presente a “fagulha libertadora do humano”, a despeito dos processos de formação e trabalho revestido de submissão e adaptação.

O conceito de autonomia apresentado baseia-se em partes no que foi postulado por RORHS (2006, p. 128), que determinou os seguintes indicadores do grau de autonomia profissional: a inserção em atividades como profissional liberal, em cargos de direção e, em outras em que seja explicitado o poder decisório sobre suas atividades clínicas/assistenciais. Acresce-se, também, a esses indicadores, que as atividades desenvolvidas que são inerentes à profissão e, à sua formação de maneira autônoma, que venha complementar, somar com o trabalho da equipe multiprofissional e, não o simples seguimento de normas e rotinas burocratizadas, aguardando o simples direcionamento para realizar as atividades de cuidado que lhe são inerentes de forma submissa, apática e até mesmo com uma postura passiva, totalmente desprovido da crítica sobre a abrangência de sua atuação dentro dos processos saúde-doença, como se os seus conhecimentos não tivessem nenhuma validade a não ser pela tutela, aprovação e até mesmo indicação de outro profissional, que contraditoriamente não participou em nada de seu processo formativo, ou não vivencia do mesmo modo a sua prática, que não estudou devidamente a sua profissão, pois não lhe era inerente e, que talvez possa até ter uma vaga noção, mas na verdade desconhece todos os caminhos do que venha a ser o seu exercício profissional. Isso pode ser pensado e explicado apenas na vertente de uma prática pseudoformada de trabalho, permeada pela consciência alienada, adaptada, fato esse que nossas narradoras não aceitam, e procuram dar um sentido a suas ações diferente desse.

Contudo, o que não pode se perder de vista, é que se tal objeto, ao portar algum traço característico que o faz distinguir-se dos demais, permite ao sujeito alguma forma de intervenção na sociedade, fazendo crer que a hegemonia da indústria sobre a cultura não seja tão determinante, a ilusão cai por terra quando as particularidades produzidas nada mais são do que mercadorias que podem ser trocadas e que cobram seus dividendos na consolidação da sua pseudo-individualidade. Dessa forma, a pseudo-individualidade nada mais é do que o resultado de um processo social que tem como principal característica a universalização do princípio da lógica da mercadoria tanto na dimensão objetiva, quanto na subjetiva, suprimindo a capacidade de emancipação do indivíduo. (ZUIN, 1999, p. 71)

Entretanto, de forma a se complementarem, as necessidades do cuidado direto, do atendimento as necessidades humanas básicas, bem como a gestão para o cuidado nas unidades de saúde, se não forem realizadas corretamente, podem afetar diretamente o desenvolvimento das atividades dos outros profissionais da equipe multiprofissional da saúde, impedindo dessa forma a atuação de todos os profissionais, com o não estabelecimento do cuidado da forma que se é esperado.

De acordo com Adorno:

A diferença sempre crescente entre o poder e a impotência social nega aos impotentes – e tendencialmente aos poderosos – os pressupostos reais para a autonomia que o conceito de formação cultural ideologicamente conserva. Justamente por isso se aproximam mutuamente as consciências das diferentes classes. (ADORNO, 1966, s/p.)

A formação e não a pseudoformação instalada, poderá ser utilizada como poderoso instrumento contra a cultura da barbárie em saúde, de modo a combater os impulsos de destruição existentes em sociedades com alto grau de desenvolvimento tecnológico como a nossa, podemos exemplificar essa tendência destrutiva ao colocar a questão das prioridades que podem acabar sendo impostas aos usuários dos serviços de saúde pelo forte peso e manipulação da indústria farmacêutica, ou o uso e aperfeiçoamento das tecnologias voltadas cada vez mais para a esfera do setor privado.

Nesse sentido, Marcuse (2001, p. 95), apresenta que:

O imponente e generoso apoio financeiro desfrutado hoje pelas ciências naturais não é apoio somente para pesquisa e desenvolvimento no interesse da humanidade, mas também no interesse oposto. Como essa fusão de opostos não pode ser resolvida nos marcos do sistema social existentes, talvez se possa conseguir um progresso mediante uma política de discriminação no que se refere aos apoios e prioridades.

A superação do modelo de racionalidade técnica exige o reconhecimento do profissional como sujeito, valorizando saberes de sua experiência e propiciando-lhe maior autonomia, como a referida no excerto a seguir:

Algumas coisas também exageram, mas acaba recaindo, parece que você tem que deixar tudo organizado, lindo, funcionando, que tudo é responsabilidade sua, me parece assim em algumas situações. Apesar disto, consigo espaço para exercer a minha autonomia no cuidar, a gente vê direto, vê aquele cuidado, vê o que precisa para aquele paciente e, planeja algumas coisas, você tem que ter uma hora, que você tem que parar, eu falo assim, às vezes de você deve sair andando... (Ametista).

Ametista evidencia a consciência das consequências irracionais dessa racionalidade técnica que, potencialmente, possui a condição do exercício da verdadeira emancipação do reino das necessidades, sendo que dentro dessa tensa relação entre a produção da ciência tanto para o bem quanto para o mal, que se origina o conceito de formação, ou pseudoformação, onde a intervenção nos processos de trabalho necessita de momentos de distanciamentos e aproximações da realidade que se transforma e é transformada por essa racionalidade instrumental.

De acordo com Adorno:

De um certo modo a emancipação significa o mesmo que conscientização, racionalidade. A educação seria impotente e ideológica se ignorasse o objetivo de adaptação e não preparasse os homens para se orientarem no mundo. Porém, ela seria igualmente questionável se ficasse nisto, produzindo nada além do *wel adjusted people*, pessoas bem ajustadas, em consequência de que a situação existente se impõe precisamente no que tem de pior. (ADORNO, 1997, p.143)

Não raramente as decisões são tomadas *a priori* por aqueles que planejam, desconsiderando as ações voltadas à realidade, deixando de lado os processos que permitam a emancipação, como nos exemplos dados por Madrepérola e Ametista, que estão tentando encontrar seu *locus* do cuidar, perante a equipe multiprofissional. Contudo, Turqueza revelou possibilidades de atuação sem ter sua subjetividade negada e, sobretudo de forma a proteger as necessidades de saúde da população.

Nesse sentido Marcuse nos apresenta que:

Em outras palavras, o trabalho, que se torna a própria vida, é trabalho alienado. Ele deve ser definido como um trabalho que impede os indivíduos de realizarem suas capacidades e necessidades humanas e, quando permite alguma satisfação, está é passageira ou vem depois do trabalho. Isto significa que segundo a ordem de valores do conceito de progresso essencial ao desenvolvimento da sociedade industrial, satisfação, realização, paz e felicidade não são fins, não são certamente os valores mais altos e caso sejam reconhecidos surgem e permanecem como subordinados. (MARCUSE, 2001, p. 103)

A crítica apresentada ao que seria a pseudoformação, essa formação que é produzida a partir de uma determinada forma social de trabalho no capital. A educação, tanto no seu sentido mais genérico de formação humana, quanto nas suas particularidades como formação profissional, não fica imune às deformações produzidas pelo capital. Sob a égide capitalista, o sentido hegemônico da aliança trabalho/formação profissional, em consequência leva à educação formar profissionais disciplinados, dedicados ao trabalho e, portanto produtivos e úteis para o capital.

Nossas entrevistadas forneceram mais exemplos interessantes de posturas assumidas, da vida pulsando, perante essa realidade, de como superar essa condição de alienação nos processos de trabalho:

Porque tem supervisoras que são madrastas, não são supervisoras; elas não entendem, não gostam e, mandam a gente fazer qualquer besteira, então aí a gente não respeita. Mas, se uma pessoa, que tem um bom conhecimento, que sabe a dinâmica do serviço, que realmente sabe tratar com o funcionário, tem jogo de cintura, ela está no lugar certo, ela não está na assistência, porque ela não quer ter contato direto com o paciente, ela está na supervisão, está cuidando da gente e, cuidando do que a gente precisa para cuidar do paciente, olha só! (Turqueza)

A equipe eu acho que é isso, é união, é confiança, tem que ter isso, não tem jeito, você sabe com quem você está lidando, sabe qual vai ser o resultado daquilo que está sendo feito, então se acontecer alguma coisa, você já tem uma previsão disso, você sabe o que está acontecendo, o que pode acontecer. Porque, quando você não tem uma supervisão, não tem uma interação, provavelmente vai acontecer isso, vai acontecer alguma coisa e, você não sabe nem porque, da onde está vindo, nem porque está sendo feito. (Madrepérola)

Tanto Turqueza, como Madrepérola, reforçaram a necessidade do trabalho em equipe, do relacionamento interpessoal, para superar a fragmentação e alienação do trabalho. Além da superação da alienação no trabalho, as narrativas apresentaram posturas que fornecem elementos para pensar a formação, numa perspectiva emancipatória:

(...) Você dilui por um lado a sua especificidade, na construção de um projeto, mas daí você volta e usa o teu instrumento específico para operacionalizar aquele projeto, mas no conjunto da equipe.

Então eu me compus como Enfermeira sempre nesta interface, da utilização do meu instrumento específico, mas sempre construindo com outros conhecimentos, eu nunca usei, por exemplo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, nunca estudei Teorias de Enfermagem... (Cristal)

(...) Agora que estou do outro lado, tento fazer a mesma coisa, do que eu aprendi com elas [Enfermeiras do campo de estágio] ...

Eu tento fazer como faziam comigo, porque eu acho que foi uma fórmula que deu certo, penso assim:

Se comigo funcionou, eu creio que com outras pessoas pode funcionar também. (Ametista)

Cristal nos leva a pensar sobre a importância da apropriação de seu instrumento específico de trabalho, não como estratégia de diferenciação, mas como forma de somar com o trabalho da equipe multiprofissional, no que tange a sua especificidade; já Ametista sinalizou como a aprendizagem em serviço contribuiu com o cuidar, ambas indicaram a necessidade de outros elementos para somar na formação.

Marcuse aponta que:

Em última análise, a questão sobre quais necessidades devam ser falsas ou verdadeiras só pode ser respondida pelos próprios indivíduos, mas apenas em última análise; isto é, se e quando eles estiverem livres para dar a sua própria resposta. Enquanto eles forem mantidos incapazes de ser autônomos, enquanto forem doutrinados e manipulados (até seus próprios instintos), a resposta que derem a essa questão não poderá ser tomada por sua. (MARCUSE, 1967, p. 27).

Todavia, o próprio autor apresenta as possibilidades de superação dessa situação:

Quanto mais racional, produtiva, técnica e total se torna a administração repressiva da sociedade, tanto mais inimagináveis se tornam os modos e meios pelos quais os indivíduos administrados poderão romper sua servidão e conquistar sua própria libertação.

(...) Toda libertação depende da consciência da servidão e o surgimento dessa consciência é sempre impedido pela predominância de necessidades e satisfações que se tornaram, em grande proporção, do próprio indivíduo. O processo substitui sempre um sistema de pré-condicionamento por outro; o objetivo ótimo é a substituição das falsas necessidades por outras verdadeiras, o abandono da satisfação repressiva. (MARCUSE, 1967, p. 28).

Nossas colaboradoras evidenciaram que dentro dos próprios espaços de contradições gerados pelo sistema capitalista, existem lacunas de escape da lógica da alienação. Suas narrativas nos leva a pensar como ocorrem os processos de formação nas instituições que a princípio deveriam ser voltadas para as necessidades sociais, como educação e saúde, quando elas se colocam na permanente busca em desenvolver suas ações fugindo da lógica da dominação, da adaptação, da perpetuação da barbárie, de modo a possibilitar a não simples adaptação ao existente, mas que permitam pensar da forma como os mundos do trabalho, da educação e saúde foram se encontrando, de maneira difícil e contraditória, que

em seu cotidiano de trabalho ele sofre a pressão e, ao mesmo tempo a influência, pressão essa que por sua vez é constatada, elaborada, ou apenas intuída nessas determinações e encontros que se tornam contraditórios. Na constatação de que o trabalho em saúde é mais uma forma de mediação na produção da existência humana (degradada ou digna), que não é uma mercadoria e, o trabalhador não é apenas um simples recurso, ele realiza e simultaneamente recebe esse mesmo processo, assim, a vida pulsa, mesmo quando negada.

O trabalho voltado para a produção de vidas dignas, leva-nos a pensar sobre como se estabelecem as relações sociais de produção e formação. Neste aspecto, Madrepérola, evidenciou tal discurso na descrição de sua fala:

Dentro das várias dimensões do trabalho do Enfermeiro, eu acho que, recentemente, a parte assistencial está sendo cada vez menos privilegiada, menos assim do Enfermeiro, é algo que está ficando cada vez menor, quanto mais ele puder passar, realmente para o cuidado do Técnico e Auxiliar de Enfermagem ele passa, para ficar mais com a parte burocrática, administrativa, do que assistencial. A faculdade ultimamente, já está mais norteando mais para a parte administrativa, a gente já sai com mais ênfase nisso, todos os estágios a gente ficava ali praticamente na SAE e, assim, a gente fazia os cuidados mais no início para a gente aprender, a gente vai ter que treinar e, precisa saber fazer para ensinar, mais já o ensino já está trazendo a gente mais para área administrativa mesmo. Claro que existem cuidados específicos do Enfermeiro, pacientes mais críticos, que eu tenho visto assim, que até isso ele está tentando deixar mais para o lado do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem.

Nesse aspecto, Ametista também argumentou que:

Sobre as dimensões do cuidar, acho que tem alguns que privilegiam uma parte e, diferenciam outra e, vice-versa, relacionada à assistência e o gerenciamento. Vejo que tem Enfermeiros que gostam mais de atuar direto, outros já não. Já vi alguns que só vai e examina o paciente para fazer a evolução dele, acabou, fez a evolução só vai lá se realmente acontecer alguma coisa. Não tem aquela paciência de conversar, de ver se o paciente tem alguma questão psicológica envolvida, eu acho que pode ser pessoal, mas pode ser às vezes da instituição, porque têm algumas instituições que cobram muito certas coisas gerenciais, os indicadores, a organização da unidade.

Os relatos de Madrepérola e Ametista nos levam à percepção de que elas acreditam ser importante a Enfermeira exercer cuidados diretos na assistência, principalmente para pacientes críticos e cuidados especiais. Todavia, apontaram que na atualidade existe a predominância do distanciamento da Enfermeira no cuidar direto, justificando essa atitude como parte do próprio processo formativo, demandas gerenciais das instituições, ou

mesmo, até escolhas pessoais. Nessa perspectiva de atuação, não estaria a SAE, sendo implantada na vertente da taylorização da assistência, de modo a negar a vida que pulsa na enfermagem? Ou a normatização da realização de alguns cuidados específicos a serem realizados exclusivamente pelo Enfermeiro, ainda a despeito de serem mais uma “norma” imposta de fora para a execução de quem está na assistência, não seria uma possibilidade de fuga da pseudoformação, dentro do próprio processo, constituindo-se como uma “fagulha libertadora do humano” nos processos de cuidar?

Aqui, corrobora-se com a ideia de Fernandes *et al.* (2005, p. 443) o qual refere que há situações que mostraram que o ensino de graduação tem dificuldades para adequar-se às exigências do mercado de trabalho, tais como: o ensino focar-se em conteúdos ideais, que não encontram correspondência na prática assistencial, ou a exigência do cumprimento do saber técnico, de forma até rígida, durante a graduação e que nem sempre é possível de ser seguido na vida profissional, além da escola preparar a Enfermeira para prestar assistência e o mercado esperar dele administração e gerência. A organização curricular ainda se baseia em sólida base de disciplinas biomédicas, onde invariavelmente o domínio teórico é a condição apresentada para o início da formação e, a prática nos diversos cenários de estágio, consiste em uma simples devolutiva a essas teorias, essa forma de ensino torna-se inviável, na medida em que os cenários das práticas não seguem linearmente o roteiro padronizado do livro, ou seja, no roteiro das escolas prevalece um outro contexto. Conforme explicitado nos excertos a seguir:

(...) a docente que acompanhava este estágio curricular, era a minha orientadora de iniciação científica e, de monografia, ela apareceu no último dia, só o da avaliação. A partir do quarto ano, quem está mais atuante são as Enfermeiras do setor mesmo, não são as docentes, porque elas mesmas falam: *Elas que estão lá, sabem muito mais para passar para vocês agora do que a gente, porque eu estou fora da assistência, estou fora de hospital, há dez, quinze anos, com certeza elas têm muito mais a passar para vocês neste momento do que a gente.* Isto eu ouvi de docente, acho elas devem confiar no trabalho das Enfermeiras do HU e, acabam passando a responsabilidade para elas, percebi que a responsabilidade lá é da Enfermeira do setor, de te acompanhar, de ver, de ensinar várias coisas e, elas só chegam lá: *E aí foi tudo bem? Acabou, elas não estão muito ligadas nesta parte de acompanhar o aluno em estágio.* (Ametista)

Quanto ao perfil dos profissionais que estão cuidando, assim, se a gente for separar por local assim, existem lugares que eu presenciei que a Enfermeira sabia, a equipe sabia, mais por comodismo às vezes atuava de qualquer forma, porque não tem uma fiscalização, isso assim, é independente para eles; mas tem muito profissional bem formado, eu acho que vai muito de cada um, assim como tinha uns que a gente sabe que às vezes, até a gente que está estudando e, pesquisa um pouco por interesse próprio, não batia as idéias de conhecimento teórico, mas é claro que a gente não se envolve.

Nas instituições em que percebi um tipo de cuidado mais adequado, eu acho que essa questão da supervisão, geralmente assim, é serviço público, eu acho que é um pouco mais tranquilo, assim, eles não ligam e tudo...

(Madrepérola)

Às vezes o docente que está lá não tem condição nenhuma de fazer diferente, porque tem um peso institucional, e a finalidade da instituição é receber o boleto no final do mês. Então, tem que ter um número grande de alunos, especialmente nos primeiros anos, porque é quanto se ganha porque nos últimos anos tem que pagar mais professores para supervisionar estágios; onde mais se ganha é nos primeiros anos porque o investimento é baixo com os docentes. Depois, se os estudantes desistirem, tudo bem, ótimo, melhor ainda por que os lucros já saíram nos primeiros anos do curso; nos últimos anos a faculdade gasta mais, mas já ganhou bastante. Esta lógica me irrita, tenho vontade de sair gritando, falar isso no jornal nacional.

(...) (Cristal)

Não estou mais acompanhando estágio, não dá mais tempo (e não sinto falta), no estágio, eu estou mais lá como observadora, eu não estou lá, a gente não está na instituição, está na instituição não fazendo parte dela, então a gente não pode tomar atitudes, a gente não pode tomar condutas, porque a gente não faz parte do quadro de pessoas do hospital, então a gente está como observador, então a gente vai ao aluno, ensina o aluno a fazer o procedimento, vai preencher os papéis, vai conhecer o paciente, exame físico, vai pesquisar a doença, vai ver que exame fez, entre outras atividades. Mas a gente não pode interferir no andamento do lugar, a gente não pode adiantar, acelerar processos, que a gente vê que em alguns lugares são muitos morosos, às vezes a gente percebe que o tratamento do paciente está pendendo para um lado, que não é aquele que a gente percebeu, trata-se de uma outra coisa, que poderia ser pesquisado, que a gente ia encontrar outro resultado. Então a gente não pode interferir, então é assim, a gente fica muito na da gente, tem que ficar muito na da gente, fazer a parte acadêmica no local, a gente não pode misturar a parte assistencial com a acadêmica, então a gente tem que andar conforme a norma, e a rotina do lugar. (Turquesa)

De acordo com RORHS (2006, p. 129), corroborando com os excertos acima, a Enfermeira tem baixa autonomia nas equipes, principalmente no trabalho hospitalar, mesmo que tenha todos os indícios científicos de que as decisões tomadas, não são as mais viáveis para promover a melhoria do estado de saúde do usuário. Sendo que o trabalho na saúde coletiva possibilita uma maior autonomia nos processos decisórios sobre as necessidades de saúde dos usuários. Fato esse que pode perpassar toda a formação, tornando-a cheia

de contradições entre o que se estuda em plano teórico e, o que se vivencia em campo prático, são realidades distintas, diferentes e, até mesmo difíceis de serem articuladas. Essa pesquisa não tem indícios suficientes para afirmar, mas fica a dúvida se em campo de aprendizagem prática, com esses modelos diversos, não se ocorra uma pseudoformação, como evidenciada pela formatação dos alunos do último ano, devido às imposições das questões biomédicas, ou institucionais, evidenciadas na fala de Cristal, indo na contramão dos objetivos do ensino.

Ou até mesmo se as dinâmicas institucionais de supervisão de estágio são as mais apropriadas para a formação, evidenciada na fala de Ametista, a docente da teoria se aparta quase que totalmente do processo formativo, colocando a responsabilidade para a Enfermeira da instituição, passando no último dia apenas para realizar a avaliação, ou mesmo o relato apresentado por Turqueza que prefere não acompanhar estágios, pela impotência perante decisões institucionais que não considera serem as mais viáveis de serem realizadas para o bem-estar dos usuários dos serviços de saúde, tendo que se adaptar as contingências dos campos de estágios, para não causar *confusão*, sem contribuir de forma mais efetiva nos serviços de saúde quando os estágios se inserem, negando seu potencial de atuação.

O bom cuidador nada mais é do que o reflexo de um bom aprendiz, seja este aluno ou professor. Professor não é somente o indivíduo que ensina, mas o que mutuamente aprende de forma crítica durante a sua docência e sua *práxis* pedagógica. Pode-se entender que a emancipação é um processo em que se integram atitudes e capacidades nos métodos de investigação e intervenção na realidade. Com isto, estimula-se os cursos/escolas/instituições de saúde a se perceberem nesse processo e a reverem suas decisões pedagógicas à luz de um novo paradigma para a formação/capacitação do profissional de saúde.

Dessa forma, os processos formativos não são estáticos, e sim dinâmicos que tem sua parcela de construção individual e coletiva, onde as relações sociais podem ter um importante papel e, nessa perspectiva de construção tanto individual como coletiva, nada está acabado e, sim em constante construção, em espaços de construção diferentes e, sobretudo com contribuições diferentes. Todavia, no plano das relações de trabalho e educação, conceitos até então expressivos dessa relação no campo teórico e prático, dão lugar a outros conceitos de significação instrumental e utilitária. Exemplo desse fenômeno é o deslocamento conceitual do conceito de formação para competências, totalmente voltado para o conceito de empregabilidade, vazio de significação concreta.

Este processo está totalmente isento à crítica às relações de trabalho, que permanecem inalteradas, com a proposta real de aumento da produtividade e, cada vez mais se estabelece a desvalorização do trabalhador, com a conseqüente negação da sua subjetividade.

Por outro lado, a fala de Ametista nos leva a pensar sobre a questão da emancipação, quando esta relata que:

...o Enfermeiro pensa nas questões políticas que envolvem todas as decisões da área da saúde, ele pensa o porquê, mas, não tem a respostas, eu, por exemplo, não tenho, não sei te dizer, eu tive a experiência do HU e do hospital São Paulo que é da UNIFESP. Vivenciei realidades tão discrepantes entre um e outro, me incomodou muito quando fui para o hospital São Paulo, de ver a falta de material, a falta de recursos, é gritante a diferença.

(...) Não me recordo dessas questões terem sido discutidas comigo na minha graduação, pode até ter sido nas aulas de Saúde Coletiva, com as professoras, mas falar o porquê de um lugar ser diferente do outro, não me recordo, acho que não teve, se foi em alguma aula, devo ter dormido, eu não lembro. (Ametista)

Na mesma direção Madrepérola colocou que:

Eu acho que os Enfermeiros não se interessam pelas questões políticas da área da saúde, pelo fato realmente de não ser muito focado mesmo, acho que não relaciona tanto hoje em dia, essa parte política com o cuidado.

Então, assim, realmente é um pouco separado, é uma aula que não traz tanto incentivo, que não traz tanta a atuação para a gente que é Enfermeiro, eu acho que isso faz a diferença, que isso incentiva e influi um pouco, essa parte vira mesmo só uma burocracia, é uma coisa que não vai ser utilizada para nada. (Madrepérola)

Enquanto Ametista e Madrepérola parecem não estabelecer de forma clara as relações macrossociais que interferem diretamente nas ações desenvolvidas dentro do processo saúde-doença, como parte de sua pseudoformação; Cristal nos remete a pensar essa articulação e, apontou a necessidade da constante busca de conhecimentos científicos, como forma de superação da consciência alienada, subsidiando a ação profissional emancipada:

Mas, para mim tinha esse incentivo de entender o porquê as pessoas surtam, o que acontece, mas estava bastante voltado ao sujeito e a família, eu não conseguia por mais que eu lesse e soubesse da Reforma Psiquiátrica, que veio por dentro da Reforma Sanitária, mas eu não conseguia entender, como fazer?

Tinha a psiquiatria comunitária, mas como eu podia articular? Bom, é fazer a Saúde Mental, é atender o cara no grupo, na consulta, lá na UBS, mas eu nunca conseguia articular o que isso tinha a ver com as formas de viver. O que tem a ver com os determinantes sociais? Nunca conseguia fazer a articulação porque eu não tinha esse referencial teórico. Então, quando eu vim para a Saúde Coletiva me acomodou muito isso. Fui ler Joel Birman, que faz esta articulação e, aí, pronto, me encantei pelo referencial da Saúde Coletiva e, no

doutorado eu já abri mão. (Cristal)

E para encerrar essa discussão sobre a emancipação para o exercício da autonomia na formação e no trabalho em saúde, apresentamos esse excerto que pode servir como reflexão para pensar a superação da consciência alienada:

Então cada um ocupa um espaço, tem um espaço para cada um ocupar, é só ele encontrar o caminho dele. Então, tem espaço para todo mundo, eu acho? (Turqueza)

5. Considerações Finais

O homem se liberta de sua situação de sujeito à finalidade de tudo aprendendo a criar finalidade, a organizar um todo “finalizado” que ele julga e avalia. O homem supera a escravização organizando conscientemente a finalidade.

(Marcuse)

As transformações dos modelos assistenciais em saúde, a incorporação tecnológica e as mudanças relacionadas com os aspectos epidemiológicos e demográficos da organização dos cuidados, na sociedade contemporânea nos fazem questionar a pertinência dos processos educativos, frente às reais necessidades de saúde da população. As mudanças no mundo do trabalho podem apresentar reflexos significativos no processo ensino-aprendizagem. Nessa perspectiva, o sentido do trabalho e da formação do profissional de saúde precisa ser re-significado, enquanto trabalho social complexo.

Ressaltamos que a formação não fica à margem desse contexto imposto pelo capital e está intimamente correlacionada com as possibilidades de acesso dos trabalhadores ao sistema educativo, que delinea a formação profissional. Na medida em que se consolida o trabalho precarizado na saúde, esse sistema acaba se tornando pouco ágil em dar respostas às necessidades de saúde da população, com o agravante da pressão imposta para que esse trabalhador se adapte às diversas alterações trazidas pelas tecnologias e constantes mudanças - condições essas que em nada propiciam o desenvolvimento de uma prática profissional crítica, emancipada e autônoma, com o tempo necessário para a devida avaliação da situação instalada perante as atividades que exerce.

Assim, este estudo que objetivou analisar como ocorre a relação entre a formação e as exigências de atuação profissional do Enfermeiro, tendo em vista as estruturas macrossociais determinantes do processo saúde-doença; descrever como os professoras de enfermagem Enfermeiras compreendem a construção do processo formativo e a possibilidade do desenvolvimento do exercício da autonomia no cuidar e, identificar se existe a possibilidade de escapar, contestar, desconstruir, no projeto formativo, a onipresente hegemonia do capitalismo e da sua universalidade técnico-científica consumista na área da

saúde.

A primeira hipótese levantada foi sobre a formação do Enfermeiro, no contexto do sistema socioeconômico e cultural vigente, que tem assumido uma conotação de pseudoformação, fragmentada, unidimensional, mais focada no binômio saúde-doença, privilegiando os aspectos técnico-científicos, desarticulada das necessidades, da realidade global na qual os egressos dos cursos de enfermagem vão estar inseridos.

Nesse sentido, podemos concluir, que a inserção e reconhecimento social do Enfermeiro está intrinsecamente articulada às competências técnico-científicas desenvolvidas durante sua formação está fortemente associada, apesar de todos os avanços e conquistas profissionais às tarefas técnicas, como subordinado à área biomédica - relacionando a atuação profissional como mão-de-obra barata, o que desqualifica a profissão.

O reconhecimento profissional parece que construiu-se a partir das atitudes individuais que formam o coletivo e que podem refletir na ampliação de um tipo de participação social, na ocupação de espaços que dêem margem e reconhecimento à enfermagem como protagonista de um novo saber e de um novo fazer, em consonância com as necessidade de saúde da população. Essa falta de reconhecimento social que faz o imaginário da população acreditar que qualquer elemento da equipe de enfermagem que vestir branco é Enfermeiro, sem nenhuma diferenciação, é um marco imponente nas instituições de saúde. Isso, em parte, tem explicação nas origens da assistência prestada, pautada exclusivamente no modelo biomédico, em que a cultura da cura constitui-se ainda o foco principal de ação, senão único em alguns locais, como modelo de atenção em saúde.

Por este motivo, podemos nos deparar com uma assistência prestada em função do diagnóstico médico de corpos doentes, mesmo que muito se tenha discutido sobre a importância do trabalho interdisciplinar da equipe de saúde para a constituição de um modelo centrado no ser humano, a fim de nortear o planejamento e a execução das ações de saúde. Nesse sentido, Roggero (2010, p. 224), ao abordar a técnica e a ciência na cultura afirmativa, nos fornece subsídios de análise:

É certo que muitos indivíduos mal percebem esse fato [referindo-se a técnica, que mantém a aparência de ciência e evolução, promete a liberdade, mas mantém o homem aprisionado de forma cada vez mais complexa e sofisticada], porque estão alienados do produto do seu trabalho e até mesmo da capacidade de pensar sobre a alienação por meio do que é produzido em sua pseudoformação. Incorporaram a idéia de dominação como natural, reproduzindo-a em todas as suas contradições. O acesso a ciência e a técnica não foi franqueado a todos e esse impedimento é pelo menos um dos fatores que mantém a dominação. Desatar o nó exige consciência, mas esta é ideologicamente manipulada – ainda que a consciência negada seja como a vida simulada que esconde a fagulha libertadora da vida verdadeira, consciência plena.

Nessa perspectiva, o trabalho do Enfermeiro se torna meramente auxiliar, com uma formação voltada para a adaptação a compreender as manifestações clínicas, com o objetivo de tratar a doença, da qual o Médico é o único protagonista, sem se soltar das amarras imperceptíveis da dominação postas nesse trabalho alienante, já que não tem a consciência do processo de dominação que, sutilmente, não é imposto somente a ele, mas a todos que estão envolvidos nessa forma de cuidar das necessidades de saúde da população. Mesmo após a Declaração de Alma Ata, na qual o conceito de saúde tentou ultrapassar os limites do corpo físico e, passou a considerar também o contexto social, ambiental, político e econômico dos sujeitos, a assistência em saúde continua ainda voltada às manifestações clínicas. Assim, a atuação da enfermagem acaba por apenas oferecer sustentação às práticas médicas, constituindo-se de um trabalho complementar e, consequentemente sendo dessa forma reconhecido na sociedade.

Atrelam-se a esse fato as questões sobre como ocorre o processo formativo, em que infelizmente, o que se observa em nossa realidade é a supremacia da atuação institucionalizada, burocratizada e normatizadora, cuja origem nos primórdios do ensino de enfermagem, norteador por uma visão impregnada de submissão e docilidade permanece, causando uma delimitação das possibilidades de atuação profissional, ao simplesmente seguir regras sem proceder sua análise, em detrimento do estímulo à atuação criativa para o aperfeiçoamento profissional. Esse fato institui uma deficiência presente desde a formação, que limita a enfermagem a discussões fechadas em seu grupo profissional, sem o devido compartilhamento na equipe multiprofissional.

Dessa forma, ela continua a ser desconhecida na riqueza das variadas visões e ações sobre as práticas de saúde que pode exercer. Talvez, nesse fato se assentem as raízes levantadas pelas narradoras em nosso estudo quanto a formação do Enfermeiro estar cada vez mais se afastando das atividades do cuidar, se revestindo de um caráter meramente burocrático, perpetuando, inconscientemente, a sua própria dominação, na dominação social.

Quanto à segunda hipótese, sobre se a construção de uma formação anti-hegemônica e anti-consumista se faz possível, suscitando uma postura crítica frente à situação socioeconômica, política e cultural em que se realiza a atividade do profissional da enfermagem, promovendo a subjetividade, a autonomia, a auto-afirmação e o auto-desenvolvimento, que transpasse os aspectos meramente técnicos e biológicos, de forma a inserir o saber da enfermagem na unidade do ser humano, no respeito às suas diferenças e necessidades fundamentais de forma a superar o reducionismo do binômio saúde-doença, mostraram duas possibilidades de análise - o agora e o possível.

No agora, o Enfermeiro ainda não desenvolve suas atividades com autonomia. Invariavelmente, age a partir de uma consciência alienada, sem criticidade, como se não tivesse também conhecimentos importantes em sua área de atuação. Contudo, o próprio Enfermeiro ainda não percebeu que esse processo faz parte de algo maior, que a dominação

não é imposta apenas a ele, mas a todos dentro do sistema de saúde, perante o modo de fazer saúde, que privilegia a razão instrumental, levando ao desenvolvimento de um trabalho alterado e alienante.

Nessa perspectiva, Roggero (2010, p. 225, 226) pensando a formação do arquiteto, defende:

Urge ouvir, antes, a si mesmo como alguém que convive em sociedade, para aprender a ouvir o outro e poder pensar numa formação que objetive o sujeito, não para fazer ressurgir práticas idealistas e inatistas, mas para desmitificar a vida simulada de que compartilhamos com infelicidade.

Com isso, na formação do Enfermeiro, permite pensar a possibilidade dele ser especialista em diferentes campos e especialidades, associando ações de decisão, coordenação, avaliação clínica, diagnóstico e intervenções de enfermagem, compartilhados com as necessidades de saúde da população, como atributos de independência e conhecimento, para atuar de forma emancipada e autônoma, nas atividades que lhe são inerentes.

Contudo, esses espaços parecem que necessitam gradativamente ser explorados e ampliados na perspectiva de atuação profissional, e nas questões sociais emergentes dentro do perfil epidemiológico do processo saúde-doença, tanto da área da saúde quanto da própria formação. Assim, pode-se pensar na possibilidade do Enfermeiro em uma atuação emancipadora e autônoma no campo da gestão de serviços de saúde; nas atividades de ensino e pesquisa; o estímulo à inserção dos alunos e profissionais nos grupos de pesquisa, projetos de extensão e uma interação aluno-comunidade, visando atender as necessidades de saúde da população na formação e no cotidiano dos serviços de saúde.

Referente à terceira hipótese, sobre a história oral de vida de professoras de enfermagem Enfermeiras e Enfermeiras, que podem contribuir para um projeto pedagógico alternativo em enfermagem, a pesquisa permitiu concluir que a enfermagem como profissão assume o cuidado das pessoas, seja do indivíduo, da família ou comunidade, independente dos contextos e ambientes, durante todo o ciclo vital, com o objetivo da manutenção da vida e melhoria da sua qualidade, prevenindo doenças ou amenizando seus efeitos, além do seu enfoque na promoção da saúde.

Entretanto, também ficou evidente nas narrativas, a visão de auxiliar do Enfermeiro a outros profissionais, sem um grau de autonomia no desenvolvimento de suas funções, tanto perante a equipe multiprofissional, como dentro da própria enfermagem. Contudo, de maneiras e graus diversificados, todas as colaboradoras, buscam em sua atuação a emancipação para exercer um cuidado de enfermagem com autonomia, tentando preservar a subjetividade negada, nos processos de formação e trabalho em saúde, estabelecendo

complexas relações entre o modelo científico vigente, as políticas públicas de saúde, as práticas de gestão, as políticas de formação e as práticas de formação.

Por outro lado, foram também evidenciados avanços e conquistas, tanto para a profissão quanto nos processos de formação do profissional nos espaços formais e não formais, como forma de romper a dominação e a barbárie instaladas nos espaços institucionais. Atualmente, para os próprios profissionais da saúde em geral, a prática social do Enfermeiro é pensada como sendo um articulador e integrador das ações de saúde.

Constatou-se, nas narrativas, a necessidade de incentivar, na enfermagem, as diversas opções e modalidades de atuação do Enfermeiro, bem como a sua autonomia para o trabalho, o que certamente contribuirá para uma maior valorização, melhora da sua autoestima e reconhecimento social, bem como a necessidade de reconhecer o cuidado como o cerne de sua atuação, como compromisso social no exercício da profissão. O Enfermeiro, nessa perspectiva de ação, tem a necessidade de mergulhar na realidade do indivíduo, de estabelecer vínculos, buscando a resolutividade possível dentro do seu campo de atuação, ao resgatar a importância do cuidado para a enfermagem.

Roggero (2010, p. 221), ao pensar sobre a formação, afirmou que:

(...) a formação foi enfatizada como algo preparatório para o indivíduo fazer frente às exigências do trabalho alienado e alienante, mantendo-o aprisionado numa teia de relações e de necessidades artificiais que impedem o desenvolvimento de sua consciência e, portando, da sua subjetividade.

A discussão dos processos formativos e no trabalho torna-se relevante no intuito de construir uma profissão menos alienada, aprisionada em si mesma, sem o desenvolvimento de sua consciência e subjetividade, que esteja comprometida e ativa nas decisões de políticas públicas, sociais e institucionais, como forma de buscar uma profissionalidade mais atuante, que tenha o compromisso social necessário para conquistar maior autonomia, a fim de realmente trabalhar com a promoção, proteção, cura e reabilitação da saúde, em defesa da vida, e mais do que isso, possibilitar espaços de articulação com os outros profissionais da saúde, para atuar de maneira mais integrada e emancipada na equipe multiprofissional, para desenvolver seu verdadeiro potencial humano na saúde e na sociedade.

REFERÊNCIAS

BASSANI, Jailson José & VAZ Alexandre Fernandez. Comentários sobre a educação do corpo nos “textos pedagógicos” de Theodor W. Adorno. **Perspectiva** – Florianópolis UFSC, XXI, n. 01, Jan./Jun. 2003, p. 13 – 38.

BENJUMEA, C. de la C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.13, n.1, p.137-146, jan./mar. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP; 1988.

ESPERIDIÃO, E. **Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação**. 160 fls. [Dissertação de Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP - Programa de Pós Graduação, Área Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto, 2001.

FERNANDES, J. D.; XAVIER, I. A.; CERIBELLI, M. I. P. F.; BIANCO, M. H. C.; MAEDA, D.; RODRIGUES, M. V. C. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 39, n.4, p.443-9; 2005.

HORKHEIMER, Max; ADORNO, Theodor. **Teoria de la seudocultura**. Sociológica, Madrid: Taurus, 1966, pp. 175-199.

_____. **Temas Básicos da Sociologia**. São Paulo: Cultrix, 1973.

_____. **O Conceito de Esclarecimento. Dialética do Esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. **A Indústria Cultural: o esclarecimento como mistificação das massas**. Dialética do Esclarecimento. São Paulo: Zahar, 1997.

HORKHEIMER, Max. **Eclipse da razão**. Tradução Sebastião Uchoa Leite. São Paulo: Centauro, 2002.

MARCUSE, Herbert. **Cultura e Psicanálise**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

_____. **Ideologia da Sociedade Industrial**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2000.

MENDES. Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.

ROGGERO, Rosemary. **A vida simulada no capitalismo: formação e trabalho na arquitetura**. São Paulo: Letra e Voz, 2010.

RORHS-RedeObservatóriodeRecursosHumanosemSaúde.BoletimRIO.**Empregabilidade dos enfermeiros no Brasil. 2006** (online). Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/IMS-UERJ/Empregabilidade_trabalho.pdf> Acesso em: 13 abr. 2012.

SCLIARS, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

ZUIN, Antônio A. S. O corpo como publicidade ambulante. *Perspectiva*, v. 21, n. 01, p. 39-53, jan./jun.2003.

_____. **Indústria Cultura e Educação. O Novo Canto da Sereia.** Campinas: Autores Associados, 1999.

Índice Remissivo

A

abuso de substância 104
Aldeias 116, 120
ameaça que resulta em dano 60, 62
Assistência 46, 74, 116, 117, 120, 128
atividades educativas em saúde 80
ato violento 60, 62
autolesão□□ 104
autolesão”

C

cargas excessivas de estudo e trabalho 104
causas as ideações suicidas 104
Centro Específico de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério (CEFAM) 21
cirurgião dentista 129, 136
Comportamento de utilização de ferramentas 11
comunicação buco-sinusal 129, 131, 133, 134, 137
conhecimento anatômico 129, 136

D

dano psicológico 60, 62
dinamismo do mercado 11, 19
discentes de saúde 104, 106, 107
distúrbios de sono 104
doenças crônicas 23, 58, 116, 123, 124, 125
dúvidas da evolução gravídica 80

E

Enfermagem 21, 22, 24, 25, 31, 42, 46, 48, 58, 88, 89, 115
Enfermeiro-Educador 21
Ensino Médio 21, 97, 99
equipe multiprofissional de saúde 21
etnias indígenas pernambucanas 116, 118
experiência profissional 21
Extrações dentárias 129

F

Fistula 129, 130, 131, 137
força física 60, 62, 72
formação acadêmico-profissional 21

G

Gestação 81
gestante e feto 80, 83
gestão de negócios 11
gestão em saúde 11, 18
Gestão em saúde 11
gestão estratégica 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19

gestão sustentável 11
globalização 11, 17, 19
graduação 21, 22, 31, 41, 42, 49, 52, 104, 110, 111, 112, 113, 114
H
hospital 21, 35, 38, 49, 50, 52, 104, 107
I
idosos 104, 124
infecção sexualmente transmissível 92, 101
J
jovens 104, 105, 110
M
modificações hormonais e mecânicas 80
N
notificações de violência 60, 63, 64, 65, 67, 70, 73
O
Organização Mundial da Saúde (OMS) 60, 62
organizações de serviços de saúde 11
P
perda de continuidade da parede óssea 129, 134
período da pandemia de Covid-19 60
período gravídico 80, 82, 84, 85, 86, 87
período pré pandêmico 60
população indígena 116, 118, 119, 125
pós-graduação 21, 42
Pré-natal 92
prevenção do suicídio 104, 105
privação 60, 62
R
realização de cirurgias 129, 136
retirada da própria vida 104
S
saúde da família 80, 83, 85
Saúde da Mulher 81
saúde indígena 116, 118, 119, 120, 125, 126
saúde mental 39, 104, 105, 106, 111, 113, 114, 124
saúde pública 23, 60, 65, 69, 106, 111, 113, 116, 124, 125
serviços de saúde 11, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 35, 40, 44, 51, 56, 88, 91, 93, 94, 105
sífilis 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102
sífilis congênita 92, 93, 94, 95, 98, 100, 101, 102
sífilis gestacional 91, 93, 94, 95, 96, 98, 101, 102
Síndrome de Burnout 104, 106, 111, 113
Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN 60, 61, 64
sobrecarga de informações 104
sofrimentos relacionados à profissão 104

suicídio 34, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115
suicídio nos trabalhadores 104
sustentabilidade do negócio 11

T

taxa de tentativa de suicídio 104
transformações fisiológicas e patológicas 80, 82
transtornos psiquiátricos 104, 106

U

unidade de saúde 80, 83, 84, 85
universidade 41, 104, 107, 109, 110, 111, 115

V

Vigilância Epidemiológica 60, 63, 64
violência 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 85, 123, 125
violência contra mulher 60, 62, 63, 73
Violência doméstica e sexual contra a mulher 61
violências física, psicológica, sexual 60, 62



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 