

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENSINO DE
ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA
PARA A INTEGRALIDADE NO CUIDADO**

ELAINE ANTUNES CORTEZ

**Rio de Janeiro
Dezembro – 2009**



UFRJ

**RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENSINO DE ENFERMAGEM:
CONTRIBUIÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA PARA A INTEGRALIDADE
NO CUIDADO**

ELAINE ANTUNES CORTEZ

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ilda Cecília Moreira da Silva.

**Rio de Janeiro
Dezembro - 2009**

**RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENSINO DE
ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA
PARA A INTEGRALIDADE NO CUIDADO**

ELAINE ANTUNES CORTEZ

Tese submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: 01/ 12 / 2009.

Banca Examinadora

Presidente: Prof^ª. Dr^ª. Orientadora Ilda Cecília Moreira da Silva - UFRJ

1^ª. Examinadora: Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Mara de Melo Tavares - UFF

2^ª. Examinadora: Prof^ª. Dr^ª. Nébia Maria de Almeida Figueiredo - UNIRIO

3^ª. Examinadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Manuela Vila Nova Cardoso - UFRJ

4^ª. Examinadora: Prof^ª. Dr^ª. Josete Luzia Leite - UFRJ

Suplente: Prof^ª. Dr^ª. Ligia de Oliveira Viana - UFRJ

Suplente: Prof^ª. Dr^ª. Vera Regina Salles Sobral - UFF

**Rio de Janeiro
2009**

DEDICATÓRIAS

Aos meus avós Daniel, Nilza, Carlos e Enicodemis, bem como ao meu padrinho Sérgio, in memoriam. Quanta saudade!

Aos meus pais Waldir Cortez e Elizabeth Antunes, que plantaram e que regaram a semente.

À minha Madrinha Norma Lunet, que sempre esteve presente na formação da sua sempre “pintinha”.

Ao meu pai do coração e eterno mestre Jair da Silva, cuja trajetória de vida pessoal e profissional, sempre me espelhei.

Ao meu noivo Thiago Carmo, pelo apoio, incentivo e força, sem você seria muito árduo esse caminhar.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho intelectual, notadamente uma tese de doutorado, jamais poderia ser fruto de um esforço solitário. Portanto, seria injusto deixar de manifestar, nesta ocasião, minha eterna gratidão às pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desta tese.

Agradeço, inicialmente,

À Deus e à Meishu-Sama, pela luz e proteção concedida em todos os momentos, nos fáceis e difíceis, pois, sem isso, a minha caminhada seria mais dura e não teria chegado ao fim.

À minha professora orientadora Dr^a. Ilda Cecília Moreira da Silva, por ter confiado no meu potencial e pela coragem de caminhar comigo na pesquisa de uma área tão polêmica. Agradeço especialmente pela preocupação com a minha pessoa, por ser tão carinhosa, amiga, geneorsa e serena em todos os nossos contatos, seja pessoalmente, por e-mail e por telefone. Sempre foi tão bom ouvir a palavra querida a cada início de conversa, assim como ouvir que Deus lhe guarde a cada final de conversa. A senhora para mim foi a certeza de que a espiritualidade está presente na academia e contribui diretamente para o ensino e o cuidado ao próximo. Obrigada por me deixar vivenciar nestes três anos a aliança entre a espiritualidade e o ensino. Obrigada pela confiança, e por me deixar caminhar sozinha em alguns momentos para que eu pudesse amadurecer e ter a certeza de que sou capaz. Como foi bom ser orientada, cuidada e aprender por/com alguém espiritualizada.

Ao meu noivo Thiago Gomes do Carmo, pela compreensão dos momentos – que não foram poucos – que precisei me ausentar, ou mesmo tive que abdicar de momentos juntos. Obrigada por tudo, em especial pela companhia muitas das vezes em que não me deixou sozinha para, simplesmente, ficar ao meu lado no intuito de me apoiar e, por diversas vezes, ajudou-me nos assuntos jurídicos, que, com facilidade, tornou-os mais

compreensíveis. Você foi o meu maior incentivo e a maior força neste doutorado. Essa conquista é nossa!!!! Te amo muito e tenho certeza de que será para sempre.

Aos meus queridos familiares,

À minha mãe Elizabeth Baptista Antunes, pela minha essência, pelos meus valores, pelo amor e dedicação. Sem você era impossível ter chegado até aqui. Obrigada por acreditar em mim, por abrir mão de muita coisa para que eu pudesse chegar até aqui. Obrigada por cuidar de mim, preocupando-se com o meu repouso e com a minha alimentação nas horas e horas de estudo, trazendo os seus lanchinhos quando ficava por horas entretida no computador. Te amo demais!!!!

Ao meu pai Waldir Alvarenga Cortez e a minha madrinha Norma Nogueira Lunet, por entenderem a minha ausência e as poucas visitas na amada cidade Macaé, para que pudéssemos passar o dia inteiro na praia como sempre fazíamos desde pequinina. Enfim, como os senhores sempre perguntavam, não acabou esse doutorado ainda não??? Acabou!!! Consegui!!!

Ao meu pai do coração Jair da Silva, pelo seu exemplo de vida e por me incentivar a ingressar na vida acadêmica. Obrigada pelo carinho, apoio e preocupação. O “livro” finalmente ficou pronto!!!! Desculpe-me pela ausência nas conversas e nas comemorações familiares. Estou de volta!!!!

Aos meus amados irmãos Júnior, Érika e Jairo pelo apoio incondicional e compreensão nos momentos de ausência. Júnior, pelas suas ligações para saber se estava viva, no intuito de me dizer, não suma eu te amo, como foi bom receber suas ligações, foram motivadoras. Érika, pela enorme força espiritual e por entender incondicionalmente meu momento de introspecção. Jairo, por ser meu espelho profissional, por me ensinar que temos que abrir mão de algumas coisas para seguir em frente. Aos três, obrigada por saber, ter a certeza que posso contar com vocês, sempre!!!

Aos meus queridos sobrinhos Érick e Evelyn, pelos sorrisos e olhares encantadores que incentivaram, sobremaneira, a elaboração desta tese.

Aos meus sogros Edgar José da Silva do Carmo e Marisa de Melo Gomes do Carmo, pelo carinho, pelo ambiente familiar tão acolhedor onde pude com tranquilidade trilhar meu estudo. Obrigada é pouco, muito, muito obrigada por me acolherem como filha!!!!

Aos meus Tios Wanderley Cortez e Ivonete Cortez pelo incentivo e apoio no meu ingresso na graduação, jamais esquecerei o apoio de vocês e, se estou terminando meu doutorado, é porque vocês acreditaram em mim há 13 anos atrás.

À minha tia Hilda, aos meus primos e primas por entenderem o meu afastamento.

Às professoras Doutoradas integrantes da banca examinadora, por aceitarem carinhosamente o convite para avaliar, bem como agregar os seus sábios e profícuos conhecimentos nesta tese,

À Dr^a. Cláudia Mara de Melo Tavares, agradeço por ter feito parte da minha formação profissional, onde, desde a época da graduação, já era para mim um exemplo de competência e notório saber, sentimento este, majorado quando foi a minha tutora no curso de especialização. Não obstante a sua competência e sabedoria ímpar, reservo um sentimento de admiração na pessoa sensível e amiga que sempre se mostrou.

À Dr^a. Nébia Maria de Almeida Figueiredo, agradeço pela contribuição como professora e avaliadora, que, desde a época do mestrado, incentivou-me a traçar novos desafios na vida acadêmica. E, sobretudo, pelas suas palavras sábias e perspicazes, pela ajuda na concretização desta tese, bem como por ser meu espelho de alegria, solidariedade, humildade e pesquisadora.

À Dr^a. Maria Manuela Vila Nova Cardoso, agradeço pelas valiosas contribuições lançadas nesta tese, e, em especial, por me instigar a buscar novos e importantes

caminhos metodológicos. Como não poderia deixar de registrar, também agradeço pela afetuosa acolhida no Departamento de Metodologia de Enfermagem da Escola Ana Nery-UFRJ.

À Dr^a. Josete Luzia Leite, agradeço pela abertura das portas da vida acadêmica, na medida em que, na entrevista do processo seletivo tanto do mestrado, quanto do doutorado, acreditou prontamente no meu potencial e na minha proposta de estudo. Agradeço, ainda, pelo exemplo de humildade, sabedoria e a me ensinar, o que, de fato, é ser uma pesquisadora.

À Dr^a. Ligia de Oliveira Viana, agradeço por compartilhar o conhecimento sobre educação nos momentos do PAD, por me acolher no núcleo e por ser tão carinhosa comigo.

À Dr^a. Vera Regina Salles Sobral, agradeço por fazer parte da minha formação profissional desde a época da graduação, que, muito embora você não lembre, para mim a sua figura sempre ficou marcada como um exemplo. Além do mais, hoje em dia tenho a honra de tê-la como colega de trabalho, colega de curso de aperfeiçoamento e, sobretudo, como uma verdadeira amiga para todos os momentos. Por fim, nunca me esquecerei do dia em que você solicitamente abriu as portas da sua casa, de modo a viabilizar uma sólida organização dos dados coletados, bem como da pronta disponibilidade para atender todas as minhas inquietações.

Aos demais mestres da vida acadêmica,

À professora Dr^a. Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas, pela disponibilidade, incentivo e acolhida carinhosa no início desta minha longa trajetória.

À professora Dr^a Marléa Chagas Moreira, pelas contribuições na disciplina de Pensamento Contemporâneo, pela preocupação e pelo carinho nos encontros.

Aos demais professores do núcleo de pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN), assim como do núcleo de pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem (NUPESEnf)

Ao professor Dr Victor Vicent Valla, *in memoriam*, por ter me acolhido tão carinhosamente desde a apresentação do meu trabalho de conclusão de curso da graduação. Por ter permitido o contato mais próximo no caminhar de pesquisa na UFF e na ENSP, na área em que sempre você será a minha eterna referência.

À professora Dr^a Florence Romijn Tocantis, pela condução brilhante na orientação do mestrado, o qual foi essencial para eu prosseguir na pesquisa. Pelo pronto atendimento em todos os meus anseios, medos e incertezas do início ao fim do doutorado.

Ao professor Dr^o Enéas Rangel Teixeira, por plantar a semente na graduação e ser meu primeiro exemplo profissional. Saiba que ao ser sua monitora, tracei como meta ser doutora o quanto antes como você foi. Obrigada pelos 3 anos juntos na monitoria, pelo seu apoio na residência, no mestrado e no doutorado. Enfim, obrigada por sempre estar ao meu lado academicamente.

Aos professores da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pelo grato convívio na residência e no mestrado.

Aos professores da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, se cheguei até aqui vocês são os responsáveis pela minha base acadêmica. Saudades!!!

Aos amigos da vida acadêmica,

Aos colegas da turma de doutorado, Elizabeth Timotheo Crivaro, Fredy Hernán Pólo Campos, Ines Meneses, Inez Silva de Almeida, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes, Leila Brito Bergold, Liane Gack Ghelman, Maria Lucia de Araújo Leopoldo, Maria Carmen Simões Cardoso de Melo, Maria Lelita Xavier, Sandra Teixeira de Araújo

Pacheco, pelas valiosas contribuições no iniciar deste caminhada e pela escuta sensível nos momentos difíceis desta trajetória.

Ao colega Reginaldo Paulino da Costa, companheiro de orientação. Obrigada pelo apoio, força e preocupação.

As amigas conquistadas no mestrado, Cristina Alves, Keila André, Kenia Leite, Simone Mendes, Tatyana Lós e Tatiana Pereira, que mesmo distante fisicamente na maior parte desta trajetória, me incentivaram e torceram pela minha conquista.

Aos colegas da graduação, Aldilene Azevedo, Ana Paula Daltro, Andréa Damiana, Angélica Rosa, Anna Cristina Freitas, Audrey Vidal, Cristina Alves, Christie Ferreira, Delfina Santos, Elaine Cristina, Luciana Alleluia, Patrícia Abreu, Patrícia Carli, Patrícia Claro, Patrícia Dal Col, Patrícia Kelly, Rosilane Mendes, Sandro Fernandes, Soraia Guedes e Zanete Couto, que apesar da minha ausência em alguns encontros, sempre estiveram no meu coração. Estou de volta, hein!!!

Aos ex-coordenadores do Centro Universitário Plínio Leite e eternos professores Carlos Alberto Mendes e Maysa Freire por incentivarem e facilitarem a realização desta tese. Saudades imensas de vocês dois!!!!

Aos professores orientadores do curso de enfermagem do UNIPLI, que colaboraram com essa pesquisa.

Aos sujeitos do estudo, alunos, sem vocês nada disso seria possível!!!

Ao Centro Universitário Plínio Leite, ora representados pelos ex-coordenadores e atual coordenadora Prof^a Patrícia Rosa por permitir a realização deste estudo e por liberar os documentos do curso de enfermagem para análise

Aos secretários da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Sônia e Jorge por ajudarem e responderem prontamente todas as minhas dúvidas burocráticas acadêmicas.

Aos amigos pessoais,

Ao “grupo terapêutico”, pela descontrações nos momentos tensos e por simplesmente serem meus companheiros neste viver solidário. Obrigada, Audrey Vidal (amigo polêmico), Fernanda Góes (Fê), Keila André (Ke), Marcele Zveiter (Cele) e Virgínia Damásio (Vi).

Aos amigos conquistados na vida profissional, Ada Tavares (pretinha Tavares), André Braga (engraçadíssimo Dedé), Anna Carolina Veneu (doce Carol), Barbara Avanci (incansável, competente, porém virginiana Barbarela), Gabryella Vencioneck (amável Gaby), Glaucimara Rigueti (companheira Glau), Heliane Lopardi (solidária amiga), Joziane Pinheiro (companheira Jozi), Marta Enokibara (amistosa chefinha), Marcia Cid (eterna preceptora), Mônica Montuano (amiga eterna), Maíra Muniz (Ma guerreira), Renilda Pessanha (agradável Rê), Rogéria Nascimento (amiga de outras vidas), Thalita Carmo (cunhadinha dócil e atrapalhada) e Vera Sobral (amiga alto astral).

Aos colegas que colaboraram diretamente com essa tese, Cheila Avanci (historicamente, muito obrigada!!!), Lien Núñez Marten (muchas gracias!!!) e Silvinha (merci beaucoup!!!)

Aos amigos queridos da IMMB em especial a Louijaimara Santos, Luís Jorge e Mônica Parada. Saudades!!!

Às amigas contemporâneas do doutorado que me ajudaram direta e indiretamente em vários momentos, Geilsa Valente, Marcele Zveiter e Patrícia Claro.

**Agradecer é mais que ter bons modos, é ter boa espiritualidade.*
Alfred Painter*

"A ciência sem religião é manca, a religião sem ciência é cega."

EINSTEIN

RESUMO

CORTEZ, Elaine Antunes Cortez. **Religiosidade e Espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade do cuidado.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

A presente tese está inserida no núcleo de pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN – da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ), onde, tem-se como **objeto** de estudo: a contribuição da gestão acadêmica participativa na ampliação do tema religiosidade e espiritualidade, como conteúdo e ação no Projeto Pedagógico Curricular (PPC) de enfermagem, tendo a integralidade como fator essencial na prática de cuidar. O **problema de pesquisa** é: se é verdade que o gestor acadêmico garante discussões, reflexões e ações sobre a religiosidade e a espiritualidade no PPC, em que momentos teóricos e práticos isso acontece? Se não acontece, na visão dos alunos, como eles evidenciam a ausência de discussões, reflexões e ações relacionadas à religiosidade e à espiritualidade na sua formação, na direção da integralidade do cuidado? Os **objetivos** do estudo são: identificar se os alunos participam da gestão acadêmica na construção, atualização e/ou avaliação do PPC; descrever o entendimento dos acadêmicos de enfermagem sobre oportunidades de discussões, reflexões e ações acerca da religiosidade e da espiritualidade no ensino teórico, prático e nos cenários do cuidado durante o curso de graduação em enfermagem, participando ou não do PPC; e apontar e discutir impasses, possibilidades e sugestões dos acadêmicos de enfermagem para aprofundar discussões, reflexões e ações sobre religiosidade e espiritualidade durante ensino teórico, prático e nos cenários do cuidado, com vistas à integralidade do cuidado e a gestão participativa. Quanto à **metodologia**, trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, de campo, respaldado na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa da EEAN, protocolo nº 62/08, realizado no Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), localizado no município de Niterói (RJ-Brasil), onde os sujeitos dos estudos foram 52 acadêmicos de enfermagem do 8º período. A técnica para a coleta dos dados foi um questionário misto e auto-aplicável. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, segundo os preceitos delineados por Bardin. As **categorias** que emergiram foram: “Discentes alheios na gestão acadêmica: alunos se descobrem desconstruindo cercas e construindo pontes para gestão participativa”; “Religiosidade e Espiritualidade no curso de graduação em Enfermagem o dito; o não dito; o feito; o não feito; o dito e o feito; o não dito e o não feito; e o dito pelo não feito e o feito pelo não dito”; e “O(s) nó(s) para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre a religiosidade e a espiritualidade no curso de graduação em enfermagem: construindo laços com vistas à integralidade do cuidado e à gestão participativa”. **Conclui-se** que, os alunos não participam da gestão acadêmica, porém desejam e propõem formas de participação. A religiosidade e espiritualidade está mais presente nos momentos práticos de ensino, do que nos teóricos. Existem mais impasses – nós – do que possibilidades –laços – para gerenciar o aprofundamento das discussões, reflexões e ações sobre religiosidade e espiritualidade no curso de graduação em enfermagem. Porém, acredita-se que, com as sugestões dos alunos implementadas, os nós serão desatados, os laços fortalecidos, assim como, possibilitará um caminho para o gerenciamento acadêmico participativo, com vistas à formação do enfermeiro, contribuindo para integralidade do cuidado.

Palavras-chave: religiosidade, espiritualidade, enfermagem, gestão participativa, ensino, integralidade do cuidado.

ABSTRACT

CORTEZ, Elaine Antunes Cortez. **Religiosity and Spirituality in Nursing Education: Participative Management Contribution for the Care.** Thesis (PhD in Nursing) – School of Nursing Anna Nery, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

This thesis was developed in the research nucleus of Health Management and Nursing Professional Practice –GESPEN – of the School of Nursing Anna Nery at the Federal University of Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), where the survey **object** is: the contribution of participatory academic management in the extension of the theme religiosity and spirituality, as content and action in the nursing Curricular Pedagogic Project (PPC), having the integrality as an essential factor in the practice of care. The **research problem** is: if it is true that the Academic Manager guarantees the discussions, reflections and actions about the religiosity and spirituality in the PPC, in which theoretical and practical moments does it happens? If it does not happen, by the students viewpoint, how do they evidence the lack of discussions, reflections and actions related with the religiosity and spirituality into their formation, in the direction of the integrality of care? The **objectives** of the survey are: identify if the students participate of the academic management in the construction, updating and/or evaluation of PPC; describe the understanding of nursing academics about the opportunities for discussing, reflecting and acting about the religiosity and spirituality in the theoretical and practical teaching and in the care scenarios during nursing graduation course, either participating or not in the PPC; point and discuss impasses, possibilities and suggestions of the nursing academics to deepen the discussions, reflections and actions about religiosity and spirituality during theoretical and practical teaching, and the care scenarios, with the view of care integrity and participative management. About the **methodology**, this is a descriptive and exploratory survey, with a qualitative approach, in the field, supported by the Resolution no 196/96 of the National Council of Health, approved by the Ethics and Research Committee of the EEAN/UFRJ, protocol n° 62/08, accomplished at Academical Center Plínio Leite (UNIPLI), sited in the city of Niterói (RJ- Brazil), where the surveyed universe were 52 nursing students of the eighth period. The technique applied for data collection was a mixed and self-applicable questionnaire. The collected data were analyzed through its content analysis, according the precepts outlined by Bardin. The **categories** emerged were: “Students outside in the academic management: students find themselves deconstructing fences and building bridges to participatory management”; “Religiosity and Spirituality in the nursing graduation course: the what was said; the what was not said; the what was done; the what was not done; the what was said and done; the what was not said and not done; the what was said by the what was not done and the what was done by the what was not said”; and “The knot(s) to deepen the discussions, the reflections and the actions about the religiosity and spirituality in the nursing graduation course: building laces in view of the care integrality and participatory management”. The **conclusion** was that the students do not participate of the academic management, but they wish and propose participation forms. The religiosity and spirituality are more present in the practical than in the theoretical teaching moments. There are more impasses – we – than possibilities – the laces – for managing the deepening of the discussions, reflections and actions about religiosity and spirituality in the nursing graduation course. However, it is believable that, with the students suggestions implemented, the knots will be untied, the laces strengthened, allowing a way of the participatory academic management, with a view to nursing education, contributing to the care integrality

Keywords: religiosity, spirituality, nursing, participative management, teaching, care integrality.

RESUMEN

CORTEZ, Elaine Antunes Cortez. **Religiosidad y Espiritualidad en la enseñanza de la enfermería: contribución de la gestión participativa a la integralidad del cuidado.** Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

La presente tesis está inserida en el núcleo de investigación de Gestión en Salud y Ejercicio Profesional en Enfermería – GESPEN – de la Escuela de Enfermería *Anna Nery* (EEAN/UFRJ), donde, se tiene como **objeto** de estudio: la contribución de la gestión académica participativa en la ampliación del tema religiosidad y espiritualidad, como contenido y acción en el Proyecto Pedagógico Curricular (PPC) de enfermería, teniendo la integralidad como factor esencial en la práctica de cuidar. El **problema de investigación** es: si ¿es verdad que el gestor académico garantiza discusiones, reflexiones y acciones sobre la religiosidad y la espiritualidad en el PPC, en qué momentos teóricos y prácticos eso sucede? Si no sucede, en la visión de los alumnos, ¿cómo ellos evidencian la ausencia de discusiones, reflexiones y acciones relacionadas a la religiosidad y espiritualidad en su formación, en la dirección de la integralidad del cuidado? Los **objetivos** del estudio son: identificar si los alumnos participan de la gestión académica en la construcción, actualización y/o evaluación del PPC; describir el entendimiento de los académicos de enfermería sobre oportunidades de discusiones, reflexiones y acciones acerca de la religiosidad y de la espiritualidad en la enseñanza teórica, práctica y en los escenarios del cuidado durante el curso de graduación en enfermería, participando o no del PPC; y apuntar y discutir impases, posibilidades y sugerencias de los académicos de enfermería para profundizar discusiones, reflexiones y acciones sobre religiosidad y espiritualidad durante la enseñanza teórica, práctica y en los escenarios del cuidado, con vista a la integralidad del cuidado y a la gestión participativa. En cuanto a la **metodología**, se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, con abordaje cualitativo, de campo, respaldado en la Resolución n° 196/96 del Consejo Nacional de Salud, aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la EEAN, protocolo n° 62/08, realizado en el Centro Universitario Plínio Leite (UNIPLI), localizado en el municipio de Niterói (RJ- Brasil), donde los sujetos de los estudios fueron 52 académicos de enfermería del 8° período. La técnica para la colecta de los datos fue un cuestionario mixto y autoaplicable. Los datos fueron analizados a través del análisis de contenido, según los preceptos delineados por Bardin. Las **categorías** que emergieron fueron: “Alumnos ajenos en la gestión académica: alumnos que se descubren des-construyendo cercas y construyendo puentes para la gestión participativa”; “Religiosidad y Espiritualidad en el curso de graduación en Enfermería lo dicho; lo no dicho; lo hecho; lo no hecho; lo dicho y lo hecho; lo no dicho y lo no hecho; y lo dicho por lo no hecho y lo hecho por lo no dicho”; y “El (los) nudo (s) para profundizar las discusiones, las reflexiones y las acciones sobre la religiosidad y la espiritualidad en el curso de graduación en enfermería: construyendo lazos con vista a la integralidad del cuidado y a la gestión participativa”. **Concluyese** que, los alumnos no participan de la gestión académica, sin embargo desean y proponen formas de participación. La religiosidad y espiritualidad está más presente en los momentos prácticos de la enseñanza que en los teóricos. Existen más impases – nudos – que posibilidades – lazos – para gerenciar la profundización de las discusiones, reflexiones y acciones sobre religiosidad y espiritualidad en el curso de graduación en enfermería. Sin embargo, se cree que, con las sugerencias de los alumnos implementadas, los nudos serán desatados, los lazos fortalecidos, así como, posibilitará un camino para el gerenciamiento académico participativo, con vista a la formación del enfermero, contribuyendo para la integralidad del cuidado.

Palabras-claves: religiosidad, espiritualidad, enfermería, gestión participativa, enseñanza, integralidad del cuidado.

RÉSUMÉ

CORTEZ, Elaine Antunes Cortez. **Religiosité et spiritualité dans l'enseignement des soins infirmiers: contribution dans la gestion participative pour l'intégralité du soin.** Thèse (Doctorat en Sciences Infirmières) - École d'infirmières Anna Nary, Université Fédéral de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

La présente thèse est inséré dans le noyau de Gestion de la Santé et la Pratique Professionnelle dans le Métier d'infirmier - GESPEN - de l'École d'infirmières Anna Nery (EEAN/UFRJ), où, il y a pour **objet** d'étude: la contribution de la gestion académique participative dans l'expansion du thème de la religiosité et la spiritualité, comme contenu et l'action dans le Projet Pédagogique du CV (PPC) dans le Métier d'infirmier, ayant l'intégralité comme facteur essentiel dans la pratique du soin. Le **problème de la recherche** est: si c'est vrai que le directeur académique garantit des discussions, réflexions et d'actions sur la religiosité et à la spiritualité dans le PPC, en quels moments théoriques et pratiques cela arrive? Si cela n'arrive pas, dans la vision des élèves, comment prouvent-ils l'absence des discussions, réflexions et d'actions liées à la religiosité et à la spiritualité dans sa formation, dans la direction de l'intégralité du soin? Les **objectifs** de l'étude sont: identifier si les élèves participent de la gestion académique dans la construction, la mise à jour et/ou l'évaluation du PPC; décrire l'accord des académiciens de métier d'infirmier sur des occasions des discussions, des réflexions et d'actions concernant la religiosité et de la spiritualité dans l'enseignement théorique, pratique et dans les scénarios des soins pendant le cours de graduation dans métier d'infirmier, en participant ou non du PPC; et indiquer et discuter des impasses, possibilités et suggestions des académiciens de métier d'infirmier pour approfondir des discussions, réflexions et actions sur religiosité et spiritualité pendant l'enseignement théorique, pratique et dans les scénarios des soins, avec les vues à l'intégralité des soins et de la gestion participative. La **méthode**, il s'agit d'une étude descriptive et d'exploration, avec un abordage qualitatif, de champ, appui à la Résolution n° 196/96 du Conseil National de Santé, approuvée par le Comité d'éthiques et recherches de EEAN, protocole n° 62/08, réalisé dans le Centre Universitaire Pline Leite (UNIPLI), localisé dans la ville de Niterói (RJ- Brésil), où les sujets des études ont été 52 académiciens de métier d'infirmier de la 8^o période. La technique pour l'assemblage des données a été un questionnaire mixte et auto applicable. Les données ont été analysées à travers l'analyse de contenu, selon les règles délinées par Bardin. Les **catégories** qui ont émergé ont été : "Élèves d'autres dans la gestion académique : des élèves se découvrent en détruisant entoures et en construisant des ponts pour gestion participative"; "Religiosité et Spiritualité dans le cours de graduation dans Métier d'infirmier Le Dit; Pas Dit; Le Fait; Le Pas Fait; Le Dit et Fait; Le Pas Dit et Le Pas Fait; et Le Dit par Le Pas Fait et Le Fait par Le Pas Dit"; et "Le(s) noeud(s) pour approfondir les discussions, les réflexions et les actions sur la religiosité et la spiritualité dans le cours de graduation dans le métier d'infirmier : en construisant des lacets avec des vues à l'intégralité des soins et à la gestion participative". **Conclusion**, les élèves ne participent pas de la gestion académique, néanmoins ils désirent et proposent des formes de participation. La religiosité et la spiritualité sont plus présentes aux moments pratiques de l'enseignement que dans les théoriciens. Existents plus impasses - noeuds - que des possibilités - lacets - pour diriger l'approfondissement des discussions, de réflexions et d'actions sur religiosité et spiritualité dans le cours de graduation dans le métier d'infirmier. Néanmoins, il se croit que, avec les suggestions des élèves mis en oeuvre, les noeuds seront desserrés, les lacets fortifiés, ainsi que, rendra possible un chemin pour la gestion académique participative, avec des vues à la formation de l'infirmier, en contribuant à intégralité des soins.

Mots Clés: religiosité, spiritualité, métier d'infirmier, gestion participative, enseignement, intégralité du soin.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Faixa Etária dos sujeitos dos estudo	93
Quadro 2: Sexo dos sujeitos dos estudo	94
Quadro 3: Religião dos sujeitos do estudo	94
Quadro 4: Formação técnica em enfermagem dos sujeitos do estudo	95
Quadro 5: Síntese da caracterização dos sujeitos da pesquisa	95
Quadro 6: Análise de Conteúdo de acordo com Bardin (2009)	98
Quadro 7: Síntese das Unidades de Registros (UR), Unidades de Significação (US) e Categorias na análise de conteúdo	107
Quadro 8: Questões fundamentais do planejamento e modelo básico de plano no planejamento participativo	118
Quadro 9: Legenda referente ao quadro 10	121
Quadro 10: Matriz Curricular do Centro Universitário Plínio Leite- Fluxo 3	122
Quadro 11: Disciplinas teóricas que abordam, discutem e/ou refletem sobre a religiosidade/espiritualidade. “o dito em sala de aula”	124
Quadro 12: Disciplinas teórico-práticas que abordam, discutem e/ou refletem sobre a religiosidade e espiritualidade.	135
Quadro 13: Inexistência de Dicotomia entre a teoria e prática, o dito e o feito	153
Quadro 14: O não dito e o não feito	154
Quadro 15: Legenda referente ao quadro 13- Dicotomia entre a teoria e prática	156
Quadro 16: Dicotomia entre a teoria e prática.	156
Quadro 17: Impasse/“nó” - Diversidade/ Pluralidade Religiosa	167
Quadro 18: Impasse/ “nó” - Preconceito / Aceitação em discutir religiões diferentes	178
Quadro 19: Impasse/“nó” - Interferência da crença nos procedimentos/ tratamentos	185
Quadro 20: Possibilidade/“laço”: Instituição flexível e aberta para mudanças	191
Quadro 21: Possibilidade/“laço”: Docentes qualificados	195
Quadro 22: Possibilidade /“laço”: Cuidado de enfermagem.	201

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação do agrupamento de elementos em classes - representação do conteúdo	100
Figura 2: Representação da identificação de unidades de registro a partir da codificação dos conteúdos	100
Figura 3: Representação do reagrupamento das unidades de registro (pertencentes a uma mesma unidade de contexto), em categorias (processo de inferência)	102
Figura 4: Representação da boa prática profissional	127
Figura 5: Representação do Ensino de Enfermagem - proposta da gestão para a integralidade do cuidado.	163
Figura 6: Representação do Planejamento Participativo com vistas à gestão participativa	174

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS	20
CAPÍTULO II - ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENSINO E NO CUIDADO DE ENFERMAGEM	44
CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO	59
CAPÍTULO IV - CAMINHO METODOLÓGICO	86
CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	105
CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	207
REFERÊNCIAS	215
APÊNDICES	228
A- CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP	229
B- FOLHA DE ROSTO - SISNEP	230
C- QUESTIONÁRIO	231
D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	233

Cortez, Elaine Antunes

Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade do cuidado/ Elaine Antunes Cortez. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2009.
ixx. 233f.

Orientadora: Ilda Cecília Moreira da Silva.

Tese (Doutorado em Enfermagem) – UFRJ/ EEAN/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009,

Referência Bibliográfica: f. 215-227

1.Religiosidade 2.Espiritualidade 3.Enfermagem 4.Gestão Participativa 5.Ensino; 6. Integralidade do Cuidado I. Silva, Ilda Cecília Moreira da (Orient) II Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

“Há tanta gente que não tem religião mas tem compaixão, afetividade, consciência dos direitos dos outros. Por isso defendo uma terceira via de espiritualidade, através da educação; não pela meditação, nem pela oração, mas através da consciência”

(Dalai Lama)

INQUIETAÇÃO, INTERESSE, JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO:

Ao longo da minha trajetória profissional como enfermeira e docente universitária, convivi com situações relativas à religiosidade^{1,2,3} dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), dos profissionais de saúde, dos docentes e dos discentes, que, por diversas vezes, mostraram-me a complexidade do cuidar e ensinar.

Ainda no decorrer da minha trajetória acadêmica e profissional, realizei algumas pesquisas⁴ na qualidade de monitora da disciplina de “Tópicos Avançados em Saúde Coletiva” cursada na graduação em Enfermagem, na residência de enfermagem em saúde pública, na especialização em saúde da família, na especialização em ativadores do processo de mudança na formação dos profissionais de saúde, no mestrado em enfermagem, nas orientações em trabalhos acadêmicos e artigos científicos, que, de fato, foram fundamentais para instrumentalizar situações complexas e subjetivas, no que tange ao tema da religiosidade e espiritualidade.

Nesse diapasão, é importante registrar a importância envidada na articulação entre a religiosidade e/ou espiritualidade e a saúde, tendo como referência o conhecimento do cotidiano vivenciado pelos usuários dos serviços de saúde e, em especial, a necessidade da valorização desta vivência, pelos enfermeiros. Portanto, é fundamental o fomento do debate sobre esta temática, no âmbito da academia e das instituições prestadoras dos serviços de saúde.

¹ Religiosidade: culto prestado a uma divindade; crença na existência de um ente supremo como causa, fim ou lei universal; a manifestação desse tipo de crença por meio de doutrinas e rituais próprios; qualquer filiação a um sistema específico de pensamento ou crença que envolve uma posição filosófica, ética, metafísica e etc; conjunto de escrúpulos religiosos ou de valores éticos que apresentam certo teor religioso. HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa 1.0.**

² Religiosidade: qualidade do que é religioso; disposição ou tendência religiosa; sentimento de escrúpulos religiosos. FERNANDES, F. **Dicionário Brasileiro Globo.** 52 ed. São Paulo: Globo, 1999.

³ A religiosidade é um conceito que respresenta o *ethos* de um povo, ou seja, o estilo de vida, as disposições morais e estéticas, o caráter e a visão do mundo. GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989

⁴ CORTEZ *et al.* As práticas populares no cuidado com o corpo: saberes e utilizações da fitoterapia popular. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental.** UNIRIO, Ano 6, n.3 p.11-22, 1º semestre, 2002. CORTEZ, E.A. **O saber técnico científico e o saber religioso no cuidado com o corpo: confronto de racionalidades?** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - UFF. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, 2000; CORTEZ, E.A. **O técnico científico e o religioso no cuidado com o corpo: Confronto de saberes racionais? Representações sociais de enfermeiras que atuam em educação em saúde.** Trabalho de conclusão de curso (Residência em Enfermagem-área de concentração: Saúde Pública)- UNIRIO. Escola de enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro, 2002; CORTEZ, E.A., CARVALHO, H. **O saber científico e a religiosidade no cuidado:** Comparações entre enfermeiros e médicos que atuam no modelo de saúde tradicional e os que trabalham no PSF. <www.saudedafamilia-rj.com.br>; 2003; CORTEZ, E.A.; SHIRATORI, K; TEIXEIRA, E.R. O técnico científico e o religioso no cuidado com o corpo: Confronto de saberes racionais? **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental on line.** UNIRIO, vol. 1, n.2 p.170-78, 2009. CORTEZ, E.A. **A religiosidade na estratégia saúde da família: impasses e possibilidades na perspectiva do (a) enfermeiro (a).** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UNIRIO. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro, 2005.

Serão detalhados no decorrer desta tese, alguns exemplos vivenciados nas mais diversas situações relacionadas à religiosidade e espiritualidade enfrentadas na minha trajetória profissional – como enfermeira e professora universitária –, os quais me inquietaram a investigar esta temática, tais como: quando o usuário queria associar o tratamento medicamentoso alopático com a orientação provinda de fundamentos religiosos, principalmente tratamentos com ervas, “preparados” ou “passes” religiosos; quando o usuário não seguia o tratamento medicamentoso prescrito e orientado pelo profissional de saúde ou abandonava o tratamento, preferindo ir às instituições religiosas e seguir as orientações que lá recebiam; quando o usuário não queria mudar o seu estilo de vida como é proposto na educação em saúde tradicional, preferindo o seu entendimento à compreensão religiosa para entender e resolver seus problemas de saúde; quando o profissional de saúde não sabia lidar com a confluência dos saberes científico e religioso e/ou popular, ante o posicionamento religioso do usuário e o seu posicionamento científico; e quando os docentes não conseguiam abordar e aplicar o assunto em tela com propriedade junto aos discentes, assim que questionados por estes.

Ademais, cumpre salientar algumas considerações que obtive na elaboração das pesquisas supramencionadas, dentre elas, destacam-se: a necessidade da valorização de conteúdos relativos às representações dos sujeitos nas atividades educativas para reflexão e posterior aplicabilidade profissional; a compreensão de que o usuário ao utilizar práticas populares de saúde que emergem da sua realidade de vida, denota uma forma ideológica e social de tratamento e cuidado; a capacidade dos usuários na produção e na construção de conhecimentos, bem como na elaboração dos seus saberes a partir de suas experiências concretas e de suas vivências; a existência de possibilidades e impasses para incorporar a religiosidade e/ou espiritualidade do usuário nas atividades profissionais dos enfermeiros, apresentando-se, como principal impasse, a dificuldade na compreensão do profissional de saúde; e, finalmente, a dificuldade dos profissionais contextualizarem as suas práticas com o modo de viver do usuário.

Ao concluir o mestrado e, considerando o escopo das pesquisas que realizei, constatei que as questões ventiladas acima, não são muito discutidas nos espaços acadêmicos de enfermagem. Evidenciei, outrossim, que não raro as pessoas confundem os conceitos de religião, de religiosidade e de espiritualidade tanto em discussões informais,

quanto em publicações científicas, na medida em que costuma associar tais conceitos como únicos ou sinônimos.

Trata-se de tarefa difícil a definição da palavra religião, devido ao seu caráter polissêmico. Considerando a definição pela via etimológica latina, Cícero *apud* Teixeira (1986) exorta que "religião" era procedente do verbo *re-legere*, ou seja, "ler, reler ou interpretar ao pé da letra", ante a cuidadosa reconsideração e profunda concentração da mente em estudo, que reclama respeito e reverência. Lactânio *apud* Teixeira (1986), antigo escritor cristão, contrariando Cícero, assevera que o termo procedia do verbo latino *re-ligare*, "tornar a ligar; amarrar de novo", isto é, a religião se referia a "um religamento das relações entre o homem e Deus". Ainda de acordo com Cícero, "religião é aquilo que nos incute zelo e um sentimento de reverência por uma certa natureza de ordem superior que chamamos divina".

Contudo, Teixeira (1986) contesta os posicionamentos acima transluzidos, pois, consoante o seu raciocínio, o particípio de *re-ligare* tem uma conotação de "pessoas piedosas, prestando culto e reverência a deuses", o que possui correlação com o significado do original grego.

A filósofa brasileira Marilena Chauí (2001) define o termo religião também a partir do étimo latino. Para esta autora, religião procede de *religio*, formada pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular). Segundo a filósofa, religião é um vínculo entre o profano e o sagrado, isto é, a natureza (água, fogo, ar, animais, etc) e as divindades que habitam a natureza ou um lugar separado da natureza. Por outro lado, é cediço que, o étimo latino ainda não foi capaz de traduzir um sentido específico e norteador de religião. Isto, portanto, pode ser uma explicação quanto à dificuldade que os pesquisadores têm na formação de um conceito único e concreto sobre religião.

No que concerne à via etimológica helênica – grega –, ela também não favorece adequadamente uma definição plausível e definitiva de religião, mas a considera algo complexo ao redor do sagrado/divino (TEIXEIRA, 1986).

Assim, fato é que, o sentido de religião provavelmente esteja além das definições léxico-sintáticas, e, por tal razão, existam tantos sentidos ou tantos "escapes" na sua definição.

Observa-se nas definições latinas uma preocupação com o sagrado, porém, conforme a inteligência da conotação helênica, trata-se de um "sistema complexo em torno do sagrado ou divino". Desse modo, é indubitável que, os dois conceitos quando são analisados em conjunto, apresentam uma maior propriedade do que a análise realizada sob uma pauta dicotômica, ou seja, uma análise que a definição do sagrado exclua e seja incompatível com a definição do divino.

No curso da disciplina “Pensamento Contemporâneo II”, realizada durante o doutorado, ao me aproximar da filosofia, inquietei-me quanto à concepção dos filósofos sobre o termo religião. Destarte, na tentativa de realizar uma síntese do pensamento de alguns filósofos com relação ao conceito de religião, também restou evidenciado, que, não há uma definição unívoca sobre a referida expressão, na medida em que, há quem a considere com uma acepção negativa, e outros o contrário.

Dentre os filósofos que a consideram com uma acepção negativa, destaca-se Feuerbach, o qual considerava a religião uma invenção humana que se origina na fobia, no medo. Marx em sua “famosa” frase descreve que a religião é o ópio para o povo, uma invenção da sociedade capitalista para a exploração e um "instrumento de evasão para os oprimidos e de justificação para os opressores". Já o positivista Comte, classifica a religião como um estágio de ignorância, ultrapassada pela ciência. Segundo Nietzsche: "Deus está morto", ante esta visão, considerava a religião como um empecilho ao desenvolvimento dos “super-homens”. Freud lançou uma crítica à posição dos filósofos supracitados, mas acreditava que a religião era um "processo de sublimação de uma luta primordial entre os membros do clã doméstico", pois, entendia que Deus é apenas a projeção da culpa familiar e a religião a "neurose obsessiva universal da humanidade", isto é, "um delito coletivo". E, por derradeiro, merece relevo o estudo realizado por Heidegger, sustentando o raciocínio de que a filosofia não pode falar positivamente a respeito de Deus e da religião (MONDIN, 2005).

Quanto à visão positiva da religião, frise-se a de Hegel, que definia a religião como a "consciência da essência absoluta em geral", com outras palavras, envolve a religião natural (a consciência absoluta tomando a consciência de si na natureza); a religião da arte (na forma de consciências de si humanas) e, a religião revelada, quando a própria essência absoluta se manifesta como humanidade (MENESES, 2002).

Maduro (1983, p.31) faz uma definição sociológica da religião, reconhecendo as limitações da mesma:

Religião é uma estrutura de discursos e práticas comuns a um grupo social referentes a algumas forças (personificadas ou não, múltiplas ou unificadas) tidas pelos crentes com anteriores e superiores ao seu ambiente natural e social, frente às quais os crentes expressam certa dependência (criados, governados, protegidos, ameaçados etc.) e diante das quais se consideram obrigados a um certo comportamento em sociedade com seus 'semelhantes'.

Porém, Mondin (2001, p.87) define a religião como: "o conjunto de conhecimentos, ações e estruturas com as quais o homem expressa reconhecimento, dependência e veneração em relação ao sagrado".

Alves (2002) destaca que a religião seria um fenômeno da cultura de cada povo. E, como são muitos os povos, de igual forma, também são muitas as religiões. Para este autor, não há uma explicação para o fenômeno da religião, porque pode se detectar que em todas as culturas têm as suas formas de rituais – desde as mais primitivas e simples às mais complexas.

Assentadas tais premissas sobre religião, por conseguinte serão assinaladas as noções acerca de espiritualidade. Lukoff, Lu & Turner (1992) definem espiritualidade como uma relação estabelecida por um indivíduo, com um “ser” ou “força superior” na qual ele acredita.

Para Moggi & Burkhard (2004) o conceito de espiritualidade se caracteriza por possuir elementos comuns a todas as grandes religiões. Eles exemplificam esses elementos como: o amor, o respeito à vida, o livre arbítrio, a esperança, a fé, a ética, a integração, a verdade, a bondade, a beleza, a igualdade, a fraternidade e a liberdade. Para estes autores, qualquer pessoa pode ter uma visão espiritual, umas mais, outras menos. Porém, os autores em referência destacam seis práticas para aprimorar a visão espiritual, são elas: o controle dos pensamentos; o domínio da vontade; a serenidade; a positividade; a receptividade imparcial; e, por fim, o equilíbrio.

Ainda na visão destes autores, é fundamental aproximar os focos da gestão empresarial e da espiritualidade, com vistas a moldar profissionais com um viés mais sólido de liderança. De modo a evidenciar os benefícios trazidos com esta aproximação, no ano de 2005, a Revista Você S/A, publicou uma matéria de Lacerda (2005), cujo destaque foi no

sentido de que a espiritualidade significa a capacidade de pensar, sentir e agir com base na crença de que existe algo maior do que tão-somente os aspectos materiais, ou seja, representa a busca de significado para o papel do ser humano na empresa, na família, na sociedade – e o conseqüente equilíbrio dessas várias dimensões –, é uma postura de vida, não envolve rituais, e, finalmente, traça elementos comuns a todas as religiões, como o amor, a esperança, a liberdade, igualdade, dentre outros. A mesma autora esboça, também, dentro deste contexto, um paralelo entre a espiritualidade e a religiosidade, conceituando religiosidade e esclarecendo que os rituais e os costumes adquirem novas vertentes de acordo com os contextos históricos e culturais.

Denota-se, pois, que o tema da espiritualidade está difundido em diversas searas. A fim de rematar este pensamento, Alves (2004) sintetiza espiritualidade como a busca da comunhão.

De modo a esquadrihar um paralelo entre espiritualidade e religiosidade, e, considerando os ensinamentos de Wortthington Júnior *et al* (1996), uma pessoa com espiritualidade, isto é, espiritualizada, pode ser definida como aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum “poder” considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de alguma religião institucionalizada. Para estes autores, a pessoa religiosa é aquela que possui crenças religiosas e que valoriza, em alguma medida, a religião como instituição.

Xavier (2006) ao analisar a literatura sobre os conceitos de religiosidade e de espiritualidade, também notou uma ampla variedade de sentidos direcionados para se referir a estas expressões, pois, ao citar Pargament (1999), o conceito de religião foi utilizado em referência a fatores distintos, tais como: ao sobrenatural (*supernatural*), ao institucional, à crença, ao ritual, à experiência religiosa, à ética, ao temperamento religioso, dentre outros. O autor destaca, ainda, que nas publicações acadêmicas parece ocorrer uma mudança no sentido dos conceitos de religiosidade e espiritualidade, já que, “‘religiosidade’ tende a denotar um sentido mais estrito, vinculado à religião institucional; e ‘espiritualidade’ tende a ser diferenciada de religião em função de um sentido mais individual ou subjetivo de experiência do sagrado” (XAVIER, 2006, p.183).

Pelas razões expostas, entende-se que a espiritualidade pode ser considerada uma energia do corpo físico-espiritual, que move o indivíduo na direção dos desejos, para o

atendimento das necessidades, para viver, para amar, para morrer e etc. Já a religiosidade, trata-se de uma opção por uma doutrina em que a pessoa demonstre com atos e atitudes, a sua conduta espiritual.

O interesse pela temática em tela se justifica pelo fato de que a gestão acadêmica deve manter e ampliar espaços para a discussão, a reflexão e a ação sobre a religiosidade e a espiritualidade nos conteúdos teóricos e nas práticas de cuidar, na visão dos acadêmicos de enfermagem, de forma que os futuros enfermeiros possam compreender com maior eficácia a visão de mundo e qual o papel da religiosidade e/ou espiritualidade na vida dos usuários, os quais, ordinariamente, a partir desta concepção, elaboram formas de cuidados e práticas de saúde que atendam a sua realidade de vida, e, com isso, ofereçam um cuidado integral.

Castro (2002) ao refletir sobre gestão acadêmica, alertou para a complexidade do tema, além de conjecturar acerca da necessidade de se compreender o contexto em que o ser humano contemporâneo se insere. Estendendo estas questões no âmbito das Universidades que, de fato, pretendam fazer frente às novas demandas epistemológicas, ampliando suas formas de atuação, devem estar atentas na criação de condições para o desenvolvimento das potencialidades dos sujeitos, viabilizando, a todos, uma compreensão da realidade cultural, social, política e econômica do país. Diante disso, torna-se possível a produção de críticas construtivas, a solidificação de novos conhecimentos, a construção de valores pautados na ética, mormente a inserção de cidadãos conscientes e dotados de tecnicidade no seio social e no mercado de trabalho.

Em consonância com a integralidade do cuidado, a observância da religiosidade e espiritualidade é fundamental na formação do enfermeiro, tal como a valorização da fé e da crença do usuário, pois, é incontroverso que isto representa um valor salutar para que o indivíduo alvo da prestação do cuidado, não se sinta sobrepujado no seu aspecto cultural.

Desse modo, o gestor acadêmico deve adotar uma postura intelectual de articular a integralidade, com os fatores da religiosidade e espiritualidade, não olvidando que as ações exercidas na prática, além de fortalecer o ensino, contribuem para a integralidade do cuidado.

Em consonância com a inquietação em tela, tem-se como **problema de pesquisa**: se é verdade que o gestor acadêmico garante discussões, reflexões e ações sobre a religiosidade e

espiritualidade no PPC, em que momentos teóricos e práticos isso acontece? Se não acontece, na visão dos alunos, como eles evidenciam a ausência de discussões, reflexões e ações relacionadas à religiosidade e espiritualidade na sua formação na direção da integralidade do cuidado?

Pelo fato do conceito de gestão se confundir com o termo menos amplo – administração –, convém trazer à tona o pensamento de Dias (2002) sobre esta dificuldade de conceituação. Este autor fez uma revisão crítica diferenciando os mencionados termos, ressaltando que a gestão se preocupa com o controle da cadeia de suprimento, o conhecimento dos clientes e os seus desejos através da pesquisa de mercado, aproximando do conceito do sistema aberto (biologia). Já com relação à administração, entende que tem um foco operacional, principalmente no que tange à venda, à fabricação, à contabilidade, à engenharia e à compra.

Dessa forma, se na gestão existe a preocupação com o conhecimento e os desejos dos clientes, fazendo uma analogia com a gestão acadêmica, deve-se pensar que a valorização da religiosidade e/ou espiritualidade pode ser um dos desejos e necessidades de clientes da enfermagem ao serem cuidados. Desse modo, parte-se do **pressuposto** que, acadêmicos de enfermagem ao vivenciarem com gestores acadêmicos, docentes e enfermeiros que os estimulem a discussão, reflexão e ação sobre religiosidade e espiritualidade nos momentos de ensino teórico e prático serão capazes de atuar com uma visão ampliada acerca da integralidade do cuidado.

Sendo assim, o conceito utilizado nesta pesquisa será o de gestão, tendo em vista que na academia deve ser realizada a gestão e não a administração. Isso porque, a preocupação deve ser com todo o sistema, ou seja, com o atendimento institucional e acadêmico, com a gestão do programa de ensino e com o processo de trabalho no departamento de ensino.

Quando se pensa em gestão acadêmica, devemos vislumbrar os objetivos traçados na formação acadêmica, no projeto político curricular, na lei de diretrizes e bases, para que, a partir disso, a organização seja eficiente e eficaz na formação do profissional.

No decorrer da pesquisa realizada no mestrado, os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF), e estes, em sua grande maioria, questionaram a sua própria formação profissional. Ou seja, indagaram por que ao longo da formação profissional não são preparados para atender e valorizar as necessidades religiosas/espirituais dos usuários, visto que, são tão importantes para a consecução da

integralidade do cuidado. E, além disso, são práticas de cuidado difundidas e amplamente utilizadas pelos usuários, pois, proporcionam um processo de bem-estar e cura para os mesmos. Contudo, também é fato que, há uma clarividente falta de base teórica e científica para incluir, manter e/ou ampliar a religiosidade e espiritualidade nas práticas de ensino e de cuidado em enfermagem.

Nesse passo, considerando que os usuários costumam utilizar práticas religiosas e espirituais, buscando, através da fé, o próprio bem-estar e cura, isto não pode simplesmente ser solenemente desconsiderado, tampouco ignorado. Muito pelo contrário, a base teórica e científica destas práticas religiosas/espirituais, poderiam ser levadas em consideração se o enfermeiro primeiro tivesse o devido preparo científico para tanto e, segundo, se durante a intervenção do cliente, este fosse submetido ao sistema de medição, acompanhamento e controle das respectivas respostas.

Evidencia-se, pois, a insofismável necessidade de discutir a gestão acadêmica do curso de enfermagem, entendendo que esta gestão abrange o currículo, os temas (prático e teórico) e as experiências práticas dos alunos e clientes.

Ante a compreensão do ser humano como um ser integral e da religiosidade e espiritualidade como componentes da vida humana, que influenciam na forma de pensar, agir e, por via de consequência, na forma de cuidar ou cuidar-se, verifica-se que a dimensão religiosa e/ou espiritual do enfermeiro é também indissociável da construção pessoal e profissional de cuidar. Sendo assim, de acordo com Vasconcelos (2006), valorizar a dimensão religiosa e espiritual não é uma questão de crer ou não em Deus, mas, sobretudo, considerar a realidade subjetiva e social que tem uma existência objetiva.

Assim, o **propósito desta tese é defender** que o aprofundamento em discussões, reflexões e ações sobre religiosidade e espiritualidade, na formação de enfermeiros, tanto em momentos teóricos, quanto na prática do cuidado e de gestão acadêmica, contribuem para o exercício da integralidade como fator essencial para a prática de cuidar.

Ressalta-se que, algumas disciplinas oferecidas durante a graduação em enfermagem abordam superficialmente a discussão da presente temática, dentre elas a ética e a deontologia, a sociologia e a antropologia. Entretanto, não há uma discussão teórica e prática sólida, visto que, tais disciplinas são oferecidas aos alunos no início do curso de graduação em enfermagem e por docentes não enfermeiros, de modo que, não raro, a discussão teórica fica descontextualizada da prática de enfermagem.

Com efeito, a tríade temática – religiosidade, espiritualidade e saúde – está pouco sistematizada na produção acadêmica brasileira, por inúmeros motivos. Em razão disso, os profissionais de saúde, na sua maioria, não se sentem preparados para lidar com situações que envolvam a religiosidade, a espiritualidade e a saúde, dentre outros aspectos, pela formação baseada no modelo biomédico ocidental (CORTEZ, 2005).

Sendo assim, ao compreendermos as necessidades de saúde da população, as condições e as experiências de vida dos usuários, suas visões de mundo, seus sentidos e valores, poderemos incorporá-los na nossa “caixa de ferramentas biomédica”, retornando, com estas, no desempenho da prática profissional.

Benko & Silva (1996) ressaltam que a assistência espiritual deveria ter um momento formal no ensino de enfermagem, ou seja, nas práticas de cuidar, pois, a fé e a oração favorecem a saúde, são terapêuticos, notadamente pelo fato do cuidado não se pregar a própria crença do tema, mas, verdadeiramente, instrumentalizar os acadêmicos e direcioná-los para seu próprio entendimento e experiência espiritual, dentro de um paradigma de saúde espiritual. Verificaram, ainda, que existe a falta de clareza na enfermagem sobre o que é espiritualidade, religiosidade e assistência espiritual.

Na área de psicologia e de saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), existe farta produção científica sobre o tema vertente, o que, compreende-se com certa facilidade, ante a presença até o ano corrente (2009), do professor e pesquisador Valla⁵. Cabe registrar que, graduou-se em Educação pela Saint Edward's University (EUA), foi líder do grupo de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania” da ENSP e participou, dentre outras, da linha de pesquisa intitulada “Religiosidade, Sociedade Civil e Saúde: Um estudo sobre redes e apoio social no cuidado integral à saúde”, a qual teve como objetivo aprofundar as possíveis relações existentes entre os campos da saúde e da religião, apresentando como pano de fundo a teoria do apoio social, na compreensão do processo de saúde-doença das classes populares.

⁵ Victor Vincent Valla; Doutor em História pela USP, pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); professor da Faculdade de Educação da UFF; coordenador da linha de pesquisa “Educação, saúde e Cidadania”, do CNPq, onde é integrante do núcleo de pesquisa voltada para as questões de pobreza, religiosidade popular e saúde. Nascido em 08/1937 e falecido em 09/2009.

Situação curiosa que merece ser trazida à baila neste momento, refere-se ao fato de que, dentre os componentes da linha de pesquisa acima citada, a exceção da minha presença, não contava com mais nenhum enfermeiro participante.

Ao realizar um levantamento sobre o estado da arte, observou-se que existem poucos estudos sobre religiosidade, espiritualidade e enfermagem. No que concerne aos enfermeiros que abordaram a presente temática, destaco Lago, que pesquisou a espiritualidade do cliente em sua dissertação de mestrado, elaborada no ano de 1991, na EEAN (UFRJ), bem como David, que pesquisou a religiosidade em sua tese de doutorado na ENSP/FIOCRUZ, no ano de 2001.

Diante disso, acredito que devido à escassa produção científica sobre o tema em referência, o enfermeiro sinta dificuldade em discutir a dimensão religiosa/espiritual na prática profissional, na docência e na assistência. Portanto, a importância da discussão deste tema na enfermagem se faz presente, assim como a criação de grupos de pesquisa.

É imperioso registrar que as atividades dos profissionais de enfermagem são inúmeras, e, nessas atividades, aparecem grandes desafios subjetivos que se confundem e transbordam os limites delegados à saúde-doença e que, por vezes, entrelaçam-se com a religiosidade e/ou espiritualidade do usuário, no sentido do enfrentamento de seus problemas e manutenção da saúde.

De acordo com Fleck *et al* (2003, p.2):

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e / ou estão doentes, Entretanto, a medicina ocidental [...] têm tido, essencialmente, duas posturas: 1) negligência, por considerar esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse principal; 2) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus pacientes como evidências de patologias diversas. A tradição oriental por outro lado busca integrar de forma explícita as dimensões religiosa e espiritual ao binômio saúde / doença.

Sob uma pauta empírica, a maioria dos usuários do SUS com que mantive contato, seja como discente, enfermeira, docente ou pesquisadora, expressa a religiosidade e/ou espiritualidade em seus discursos e práticas relacionadas à saúde-doença, influenciando diretamente e indiretamente no seu cuidado com o corpo, reafirmando a presença na vida das pessoas e destacando, oportunamente, como os profissionais de saúde devem estar atentos para essa questão. Isto reforça, mais uma vez, a relevância de se pesquisar dentro da

academia em conjunto com os discentes, a forma de averiguar os impasses e as possibilidades de incluir a espiritualidade e a religiosidade nos conteúdos teóricos e nas práticas de cuidar, com vistas a ampliar o cuidado (integralidade) e a proporcionar um processo de bem-estar e cura para os usuários/clientes.

Diante do exposto, enfatiza-se a necessidade da realização de uma pesquisa sobre a problemática religiosidade e espiritualidade, gestão acadêmica e integralidade no cuidado, para que as práticas profissionais dos enfermeiros sejam revistas e sejam diretamente correlacionadas com as necessidades religiosas/espirituais dos usuários. Ampliando, dessa maneira, o cuidado (integralidade) e proporcionando um processo de bem-estar e cura para os mesmos.

De acordo com a pesquisa de Salgado, Rocha & Conti (2007), restou evidenciado que o cuidado espiritual reconhecido por Horta, Watson e NANDA como um cuidado de enfermagem, quando realizado, raramente é registrado pelos enfermeiros, assim como não costuma ser prescrito.

Horta (1971) em artigo científico descreve sobre a observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem, levando em consideração os problemas de ordem psicossocioespirituais e, além disso, a prevalência com que estes aparecem.

Na Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson, existe a premissa de que “a força interna do ser, sua força espiritual, é capaz de transformar, de curar, e, para que isso seja possível, os cuidadores devem reconhecer primeiro em si mesmos esse potencial, como uma postura filosófica, de forma a acreditarem na força interna de todo ser humano (GEORGE *et al*, 2000).

Em relação a Nanda, Cruz (1994) em artigo com foco nas religiões afro-brasileiras, com a finalidade de subsidiar o diagnóstico e o tratamento da angústia espiritual, de acordo com a Taxonomia I - NANDA, descreve que a espiritualidade é uma dimensão humana onde existem fenômenos tal como a angústia espiritual e que, compete ao enfermeiro, diagnosticar e tratar de forma autônoma.

Destarte, precisamos compreender que a crença religiosa pode interferir na racionalidade da educação em saúde e do cuidado, e que a relação entre a medicina oficial e a popular não são estáticas, pois, o recurso alternativo ou mesmo concomitante aos dois sistemas de tratamento, produz efeito sobre ambos.

Colliére (2003) ressalta que uma das maneiras de intervir no cuidado é compreendendo o mundo de quem cuida e de quem é cuidado, o que torna necessária a aproximação da compreensão de mundo daquele que é cuidado, incluindo, aí, as crenças religiosas e as diversas formas de expressar a religiosidade e/ou espiritualidade na maneira de cuidar.

Para Teixeira (1998) a educação que recebemos desde o nascimento confere o estatuto de princípio da realidade, da cultura, por isso, devemos mudar essa educação patriarcal, para que seja atingida uma educação contínua em que as representações científicas passem a identificar com a própria representação do senso comum. Portanto, é importante revisar a educação com lastro nas necessidades humanas básicas e na patologia. Porém, a história da educação em saúde demonstra ser produtora de normas e de condutas padronizadas para os indivíduos, bem como normas conformistas de exclusiva contenção do desejo.

Tendo em vista este cenário, tem preponderância a racionalidade hegemônica da ciência que é reforçada nas Instituições de Ensino Superior de saúde, rejeitando o estudo de relações mais complexas e subjetivas, tal como aparecem na vida cotidiana, pois, “aprendemos” que os nossos saberes profissionais são superiores e suficientes para os sujeitos a serem “cuidados e educados por nós”. Assim, acreditamos que somente os profissionais de saúde podem construir um conhecimento através do saber científico, assim como organizá-lo, sistematizá-lo e transmiti-lo.

No entanto, não pode deixar de ser destacada a importância da racionalidade, de modo que, a intenção não é provocar uma ruptura, mas sim uma aliança entre a religiosidade e espiritualidade com a racionalidade.

Com base em Teixeira (1994 & 1998), Sabóia (2003) *apud* Cortez & Tocantins (2006), a formação de enfermagem tem como alicerce o saber técnico-científico que privilegia a racionalidade científica, reflexo de uma atuação profissional que, muitas das vezes, pouco valoriza outras formas de saberes e práticas, ao invés de associá-las.

Dessa forma, é fundamental enfatizar a necessidade dos enfermeiros valorizarem os indivíduos enquanto seres humanos dotados de autonomia e que, portanto, podem gerenciar suas próprias vidas, ou seja, têm o direito de optar por ações e práticas de saúde

que considerarem mais conveniente aos seus contextos culturais, tais como práticas religiosas e espirituais no cuidado de seus corpos.

Nesse contexto, também deve ser estimulada a participação dos usuários na construção de conhecimento, na prática educativa dialógica e na valorização dos seus cotidianos, pois, a religiosidade e/ou espiritualidade do usuário é um dado relevante na prática profissional do enfermeiro, para que possam articulá-la com o saber científico e inseri-la nas atividades profissionais, enfim, articular a religiosidade e/ou espiritualidade do usuário à prática profissional do enfermeiro.

De acordo com Valla (2001), muito embora tenham ocorrido mudanças econômicas e sociais, a população continua com uma visão religiosa muito profunda, e, é cediço que, a religião popular é uma das características mais importantes na cultura dessas classes, visto que, representa a forma pela qual se expressam os caminhos que escolhem para enfrentar as dificuldades em seu cotidiano. A religião popular é um saber e uma linguagem de elaboração e de expressão subjetiva, faz parte desta cultura, e é nela que a população se baseia para buscar o sentido da vida.

A grande maioria dos enfermeiros aprende na academia que têm a função de tão-somente atuar diretamente com os aspectos fisiológicos do cliente que não estão bem, julgando pouco importante, em contrapartida, fatores que não se inserem na fisiologia. Desta feita, a perspectiva da integralidade⁶ do cuidado, tema bastante discutido no cenário nacional, deixa de ser priorizada na prática em detrimento do fortalecimento cada vez maior do modelo biomédico, o qual acredita que para cada problema, existe uma solução imediata e isolada. Porém, segundo Capra (1997), a enfermagem tem alta qualificação e potencial para prestar assistência dentro de uma abordagem holística e utilizar todo o seu potencial no sistema atual, o que, contudo, torna-se por vezes difícil.

Compreendemos que não podemos minimizar o avanço da ciência com esse modelo de atenção, porém, deveríamos buscar uma aproximação com cotidiano vivenciado pelo usuário, pois, é preciso enxergar o usuário além da questão fisiopatológica, isto é, como um sujeito contextualizado e possuidor de saberes.

⁶ A integralidade aqui será entendida de acordo com Pinheiro (2001) como eixo norteador de uma política, devendo ser construída cotidianamente, por interações democráticas dos atores, pautada em valores emancipatórios fundados na garantia da autonomia, na solidariedade e no reconhecimento de escolha do cuidado e de saúde que se deseja obter.

Hodiernamente, principalmente nas áreas de medicina e de enfermagem, estão havendo movimentos expressivos no sentido de promover a reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional e as formas de buscar estimular as escolas a lograr a transformação deste processo. Apesar de haver debates em grau significativo de mobilização, aparentemente faltam elementos para que se desencadeiem nas escolas, processos efetivos de mudança.

Diante deste cenário, seria muito oportuno que os atores e as instâncias do sistema de saúde (em permanente processo de mudança) pudessem intervir ativamente, ajudando na transformação das escolas, no sentido de orientar o processo de formação frente às necessidades do sistema de saúde e de um modelo de atenção mais integral. Propõe-se, então, um sistema de incentivos para que as IES adotem práticas de ensino, pesquisa e assistência sintonizadas com o paradigma da integralidade (CAMPOS *et al*, 2000). Para tanto, a gestão acadêmica precisa ser repensada de forma a abarcar tais questões, dentre elas as necessidades religiosas/espirituais dos usuários. Todavia, destaca-se que a enfermagem é pioneira no que tange à mudança curricular e que a medicina começou a se aproximar de tal discussão, há pouco tempo.

Por oportuno, ao rememorar o ensino obtido na graduação, em especial no estudo da sociologia e da antropologia, onde, em momento algum, foram abordados aspectos da prática dos profissionais de saúde, deixando, por vezes, o discente desinteressado ao não conseguir conectar a importância das disciplinas à sua futura prática profissional. Sobre este ponto, merece destaque a seguinte observação: tais disciplinas geralmente são ministradas por profissionais não enfermeiros, não conseguindo, por vezes, relacionar com a prática profissional do enfermeiro. E mais, estas disciplinas são oferecidas aos discentes no início de sua graduação, de forma que os mesmos não têm, ainda, maturidade e experiência acadêmica para apreendê-las. Assim, o pensamento no gerenciamento acadêmico deve ser de fato repensado para que estes conteúdos teóricos façam sentido para os discentes.

Vale destacar que apenas na pós-graduação *stricto sensu*, tive a oportunidade de discutir acerca da religiosidade, espiritualidade, saúde e enfermagem, no grupo da linha de pesquisa do mestrado (UNIRIO) – conhecimentos, atitudes e práticas em saúde – coordenada por Tocantins (2004), e na disciplina eletiva – Temas emergentes da prática

profissional (UFRJ), ministrado por Silva, Figueiredo & Tyrrel (2006). Percebi, pois, a não “valorização” do tema na graduação e pós-graduação *lato sensu* em enfermagem, reforçando a importância da discussão no gerenciamento acadêmico.

Autorizada pelo contexto, ratifico como docente e enfermeira atuando diretamente na formação profissional e na gestão acadêmica, o fato de que a enfermagem pode contribuir com a integralidade do cuidado, focando as necessidades religiosas/espirituais dos usuários em suas atividades profissionais, sejam elas educativas ou assistenciais. Todavia, para isto ocorrer, a academia precisa instrumentalizar os acadêmicos de enfermagem e os docentes de forma a refletir acerca da prática profissional, sob o prisma da integralidade.

Com efeito, a enfermagem pode, inexoravelmente, contribuir efetivamente com essa assistência sintonizada, relevando o paradigma da integralidade e focando as necessidades religiosas/espirituais dos usuários em suas atividades profissionais. Assim sendo, ratifico que o **propósito desta tese é defender** que o aprofundamento em discussões, reflexões e ações sobre religiosidade e espiritualidade, na formação de enfermeiros, tanto em momentos teóricos, quanto na prática do cuidado e de gestão acadêmica, de modo a contribuir para o exercício da integralidade como um fator essencial para a prática de cuidar.

De acordo com Cecílio & Merhy (2003), a integralidade da atenção depende do esforço de confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, o que permite pensar a integralidade da atenção como a síntese de múltiplos cuidados.

Ao longo da prática profissional do enfermeiro, provavelmente ele irá se deparar com práticas e atitudes religiosas/espirituais dos usuários no processo educativo do cuidado, como por exemplo: rezas, orações, rituais, imagem e/ou adorno religioso, oferendas, dentre outras. Assim, o entendimento sobre os motivos pelos quais a população utiliza práticas não oficiais de saúde no cuidado, que constituem um esquema simbólico de resistência à difusão da racionalidade médica hegemônica, pode facilitar, contribuir, ampliar a abrangência e eficiência das ações relacionadas à educação em saúde e assistência/cuidado mediadas pelos profissionais de saúde.

Para Campos (2004) as necessidades de saúde da população devem ser reconhecidas pela ótica da saúde coletiva, ou seja, respeitando a concepção da determinação do processo saúde-doença e conquista política do direito à saúde.

Destarte, esta pesquisa se propõe a estudar a mediação entre religiosidade, espiritualidade e integralidade do cuidado com respaldo na gestão acadêmica, com vistas a proporcionar e facilitar tanto a reconstrução, como a confluência de saberes seja através de atividades complementares ou projetos de extensão a serem gerenciados na academia.

Destaca-se que esta pesquisa tem como **objeto** de estudo: a contribuição da gestão acadêmica participativa na ampliação do tema religiosidade e espiritualidade, como conteúdo e ação no Projeto Pedagógico Curricular (PPC) de enfermagem, tendo a integralidade como fator essencial na prática de cuidar.

As **questões norteadoras** do estudo são:

- ✓ Os acadêmicos de enfermagem participam da gestão acadêmica através da construção, atualização e/ou avaliação do PPC?
- ✓ Na visão de acadêmicos de enfermagem, como a religiosidade e espiritualidade foi/está inserida e discutida nos conteúdos teóricos e práticos durante o curso de graduação em enfermagem, participando ou não do PPC?
- ✓ Quais impasses e/ou possibilidades são referidas por acadêmicos de enfermagem para aprofundar discussões, reflexões e ações sobre a religiosidade e espiritualidade durante a oferta de ensino teóricos, práticos e nos cenários do cuidado, com vistas à integralidade do cuidado?
- ✓ Quais sugestões, tendo como base os impasses e possibilidades, acadêmicos de enfermagem oferecem para aprofundar discussões, reflexões e ação sobre religiosidade e espiritualidade nos conteúdos teóricos, práticos e nos cenários do cuidado, com vistas à integralidade do cuidado e a gestão participativa?

Os **objetivos** do estudo são:

- ✓ Identificar se os alunos participam da gestão acadêmica na construção, atualização e/ou avaliação do PPC;
- ✓ Descrever o entendimento dos acadêmicos de enfermagem sobre oportunidades de discussões, reflexões e ações acerca da religiosidade e da espiritualidade no ensino teórico, prático e nos cenários do cuidado durante o curso de graduação em enfermagem, participando ou não do PPC;
- ✓ Apontar e discutir impasses, possibilidades e sugestões dos acadêmicos de enfermagem para aprofundar discussões, reflexões e ações sobre religiosidade e espiritualidade durante ensino teórico, prático e nos cenários do cuidado, com vistas à integralidade do cuidado e a gestão participativa;

Destaca-se que os profissionais de saúde ao realizarem suas atividades, sejam elas através da docência, da assistência do cuidado e/ou da educação em saúde, precisam entender que não existe uma “receita de bolo” pronta para todas as ocasiões. Isso porque, temos que pensar que cada “ingrediente” tem uma peculiaridade variando de acordo com o cenário e o sujeito específico, e, portanto, não podemos esquecer que a religiosidade e a espiritualidade está presente em várias ocasiões.

Existe um movimento atual na prática e na profissão de enfermagem, como por exemplo, que visa resgatar a dimensão sensível e social do sujeito. Essa tendência já é notada nas produções acadêmicas, nos currículos de enfermagem baseados nas novas diretrizes curriculares (MEC-Resolução CNE/CSE nº 3, de 7 de novembro de 2001) e em estudos sobre a prática profissional, como explicitam Cabral (1999), Lago (1991), Teixeira (1998) e Tocantins (1993). Vislumbra-se, outrossim, que na área de saúde em geral, esse resgate também é percebido.

Temos que refletir enquanto profissionais diretamente ligados à prática educativa e social, bem como acerca da dimensão afetiva envolvida no cuidado, já que, os profissionais de saúde estão inseridos em vários cenários e espaços do cuidado, assim como envolvidos com diversos sujeitos a serem cuidados.

Desse modo, tornar-se cada vez mais indispensável, que, especialmente os enfermeiros estejam dispostos a contextualizar tais cenários, bem como as suas atividades realizadas profissionalmente, buscando materializar uma reflexão sobre suas práticas, para que seja lograda uma qualidade de vida integrada nas dimensões biológicas, sociais e culturais. Inclusive, não podemos esquecer os valores sócio-culturais dos sujeitos, para que, a partir desta reflexão, possamos ter uma prática profissional mais integral, através das vertentes da assistência à saúde e das práticas educativas mais adequadas.

A urgência da discussão da temática religiosidade, espiritualidade e saúde é notória. Este debate ainda é pouco levantado nas universidades e está em fase inicial no Brasil, mas, mesmo que de forma tímida, já começam a ser aventado em algumas universidades do país, tais como: UNIFESP, UNICAMP, UFCE e UFRJ na área da saúde. Aliás, vem sendo discutida na ENSP, principalmente entre os psicólogos e na literatura que discute a atenção à saúde, à educação, ao cuidado e à assistência da saúde da população. Estudos realizados perceberam que os enfermeiros têm dificuldades em articular a ciência (o saber científico) com a religiosidade e/ou espiritualidade do usuário, nas suas respectivas atividades profissionais, principalmente na seara educativa (CORTEZ, 2005, 2002 & 2000).

Na prática profissional esta temática está sendo mais discutida, de modo que, este fenômeno é resultado de várias circunstâncias, tal como a demanda própria dos usuários/clientes ao demandarem um cuidado que contemple a sua saúde em dimensões mais amplas, respeitando, como exemplo, a sua religiosidade e/ou espiritualidade.

Dessa forma, o cuidado surge como uma prática que ganha sentido de acordo com os interesses e as necessidades dos sujeitos envolvidos, sendo entendido como uma prática que articula o processo saúde-doença com o contexto cultural em que se inserem os sujeitos, tratando-se de um cuidado percebido como prática integral, cooperativa e culturalmente situada (ACIOLI & MONTEIRO, 2004).

Acioli (2001) em sua tese de doutorado analisou os sentidos e os valores das práticas individuais e coletivas nos processos de adoecimento para o cuidado e como resultado, destacando a participação em grupos religiosos, o ato de ir à igreja, ou seja, a busca por práticas religiosas, o que, indubitavelmente, trata-se de uma realidade.

O estudo da autora supracitada destaca que a busca por essas práticas vem sendo apontada como uma das alternativas de grupos populares para enfrentar seus problemas de

saúde e que a religiosidade surge como forma de cuidado voltado para a saúde e para os processos de adoecimento. Na conclusão do estudo, dentre outros, ressalta-se que frequentar as instituições religiosas parece ser uma estratégia para se sentir com saúde e melhorar quando estão doentes, além de ser um espaço de apoio social, solidariedade e refúgio.

Neste contexto, a incorporação de outros saberes, a percepção dos sentidos e valores da comunidade nas práticas profissionais, organizará e ampliará as práticas dos enfermeiros na perspectiva da integralidade.

Ante o contexto, cabe trazer à tona um estudo realizado na Universidade de Ohio (EUA), confeccionado no ano de 2004, com 798 pessoas. Neste trabalho, foi demonstrado que cerca de 85% dos voluntários gostariam de discutir sua fé com o médico e 65% deles esperavam ser compreendidos, também, pelos valores ligados à sua fé.

No foco da promoção de saúde, um estudo da elaborado na Universidade de Duke (EUA), demonstrou que pessoas ao adotarem práticas religiosas, ou quando mantêm alguma forma de espiritualidade, apresentam 40% menos chance de sofrer de hipertensão, além de possuir um sistema de defesa mais forte, as chances de serem hospitalizadas são menores, a recuperação tende a ocorrer com maior rapidez, bem como sofrem menos de depressão quando se encontram debilitadas por enfermidades, demonstrando, portanto, que a religiosidade tem uma íntima relação com o comportamento (CORTÊS; PEREIRA & TARANTINO; 2005).

O psiquiatra Alexander Almeida, diretor do Centro de Estudos da Religião da Universidade de São Paulo (USP) – Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos –, diz ter conseguido melhores resultados nos tratamentos quando se aliou aos líderes religiosos de seus clientes, propondo, com este raciocínio, que ambos – líderes religiosos e médicos – trabalhassem pela recuperação do cliente (BEZERRA, 2006).

Para o psiquiatra supracitado, a religião pode atuar de modo muito salutar, auxiliando na manutenção da disposição do cliente e propiciando uma visão mais abrangente sobre a vida. Ele cita pesquisas que demonstram que o ato de rezar e, de forma geral, auxiliar espiritualmente outras pessoas, trata-se de uma tarefa difícil, o que demanda ensinamento, mas, considera que o fato de se sentir amado por Deus, representa um fator

fundamental e, sobretudo, que gera um melhor bem-estar físico e psíquico para o cliente (FÉ PODE FORTALECER..., 2006).

Na Universidade Federal do Ceará (UFCE), foi criada uma disciplina optativa cujo objetivo é trazer reflexões para humanizar os tratamentos hospitalares. Segundo a coordenadora da disciplina, os profissionais precisam enxergar os vários aspectos do ser humano para ajudar no tratamento e mesmo que o médico não considere a religiosidade importante, não pode ser ignorado o fato de que as pessoas costumam tomar decisões importantes pautadas na sua religião (BEZERRA, 2006).

Mais uma vez evidenciamos que a aproximação entre os aspectos religiosos e a medicina está cada vez mais presente, o que torna importante a discussão da temática na academia. Resta evidenciado, assim, que a discussão e a valorização dos aspectos religiosos/espirituais contribuem positivamente no processo saúde-doença e consequentemente no cuidado integral.

Ao buscar um recorte histórico sobre o tema em tela, percebemos o quanto a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde, é antiga. Escritos datados de 3000 a.C. mostram que no Egito e na Mesopotâmia, os responsáveis pelos tratamentos eram os sacerdotes. Hipócrates iniciou uma abordagem mais científica dos problemas orgânicos, e, inclusive, os romanos influenciados pela cultura grega, cultuavam Asclepius, o deus grego da Medicina.

No início da era cristã, as curas eram atribuídas a Jesus e por volta do século V, quase todos os médicos eram clérigos, formados nos mosteiros. Porém, em 1789 a Revolução Francesa rompe com o domínio da religião sobre a medicina, havendo a separação entre o corpo e a mente; com o progresso da ciência sobre a causa e os mecanismos das doenças. Assim, a separação entre a medicina e a religiosidade/espiritualidade fica cada vez maior. Porém, a tendência atual é a combinação da visão científica com o respeito aos aspectos psicológicos, às práticas religiosas e ao ambiente no qual vivem os usuários (McCORMICK, 2005).

À medida que passamos a compreender as práticas religiosas cotidianas do povo no enfrentamento da miséria, da doença e da escassez, podemos trabalhar melhor com esses sujeitos em vários níveis da atenção à saúde, principalmente na atenção básica. De acordo com Chauí (2001, pág. 73):

Os antropólogos [...] enfatizam a dimensão propriamente cultural da religião popular como preservação de valores éticos, estéticos, étnicos e cosmológicos de grupos minoritários e oprimidos, de sorte a funcionar como um canal de expressão da identidade grupal e de práticas consideradas desviantes (e por isso repudiadas) pela sociedade inclusiva.

Um dos motivos para o raciocínio traçado pela autora supracitada (2001), é que, por os pobres não poderem usufruir dos benefícios da ciência (particularmente os da medicina) e não suportarem a ideia de que a sua miséria é racional, buscam, então, as religiões populares de modo a lograr as suas respectivas angústias vitais. Para os desprovidos de recursos financeiros, a religiosidade compensa a miséria com graças, cura, emprego, fim do alcoolismo e etc. Aliás, as religiões também fornecem um sentimento de superioridade espiritual, pois, com elas, tem-se uma ascensão espiritual como recompensa da retidão moral, ou, ainda, reforça a visão fatalista da existência, cujo prêmio virá um dia do além.

Ressalta-se que as pesquisas realizadas pelo professor Valla trazem como foco a atenção básica e particularmente à atenção com os grupos desprovidos de recursos financeiros – pobres. Porém, nesta tese não serão focados somente estes grupos, visto que, pretende-se realizar um resgate de todas as classes sociais no que tange à religiosidade e à espiritualidade no processo saúde-doença. Por conseguinte, é importante aclarar que será enfatizada a gestão acadêmica, de modo que, não serão delimitados os cenários e os sujeitos que os enfermeiros irão atuar, serão trabalhadas as diversas possibilidades, seja na atenção básica ou na hospitalar.

Para atender a demanda do SUS como um todo, o qual foi elaborado com a perspectiva de romper com a concepção de saúde como ausência de doença, reorientando, portanto, um novo modelo assistencial, torna-se necessário desenvolver práticas que valorizem aspectos mais humanizantes, estabelecendo vínculo entre os sujeitos trabalhadores e usuários, inclusive, a consideração dos direitos da cidadania. Assim, exige-se desses profissionais uma relação mais aberta e integrada nas perspectivas e nos saberes do outro, dispostos ao entendimento, à pactuação e à construção coletiva (RAMOS, 2004).

Dessa forma, a formação dos profissionais de saúde deve estar baseada em novos instrumentos, já que, uma informação ou experiência pedagógica só fará sentido se a aprendizagem for significativa, e, para isso, faz-se necessário manter um diálogo com a bagagem que as pessoas trazem consigo, bem como com as mediações socioculturais. Feuerwerker (2004) sugere que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada

nas reflexões críticas sobre as práticas dos profissionais, em ação na rede e no serviço. Mas, antes disso, é fundamental repensar a gestão acadêmica de forma a tornar possível tal transformação.

Estimulada por essa realidade, devem ser procuradas formas de sensibilizar e incentivar a academia para a discussão, a reflexão e a ação acerca da religiosidade e espiritualidade na graduação, com vistas à integralidade no cuidado. E, conseqüentemente, contribuir para a reformulação na gestão acadêmica dentro de uma perspectiva que busca o “olhar para fora e por trás” dos sujeitos que utilizam as práticas religiosas, de forma que os enfermeiros possam utilizá-las ou adequá-las numa combinação complementar entre a concepção religiosa/espiritual e a concepção científica.

Pensando em um enfermeiro que valorize e respeite a dimensão religiosa/espiritual na sua prática de cuidar, é importante que este seja um tema transversal a ser gerenciado na academia, de forma que os docentes e discentes reflitam e pensem em estratégias de associação no cuidar em enfermagem.

Tal pesquisa subsidia o ensino de graduação e pós-graduação dos enfermeiros, à medida que é uma produção de conhecimento científico para o núcleo de pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem da EEAN; sendo, pois, um campo para a construção do saber gerencial. Trata-se de uma contribuição para a saúde de modo geral, haja vista que atualmente está ocorrendo um movimento de busca das práticas alternativas em saúde, dentre elas, práticas religiosas, as quais já são realizadas não só pelos próprios usuários da atenção básica de saúde, mas também por boa parte da população brasileira.

A articulação entre o conhecimento a ser adquirido e a produção científica existente, contribuirá com a prática gerencial e educativa na graduação em enfermagem, ao propor a discussão, a reflexão e a ação sobre a religiosidade e espiritualidade na formação do cuidado de enfermagem, visto que, pretende-se solidificar um discurso já ventilado por muito tempo, porém, ainda não operacionalizado.

CAPÍTULO II

ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO ENSINO E NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

"Quando falamos de história, temos o costume de nos refugiar no passado. É nele que se pensa encontrar o seu começo e o seu fim. Na realidade, é o inverso: a história começa hoje e continua amanhã."

(D. N. Marinotis)

Historicamente, a influência do cristianismo na ação do cuidar, iniciou-se com a difusão do cristianismo em Roma. Apesar das perseguições que sofria a religião cristã, naquela época, houve considerável crescimento do fervor religioso. Com isso, muitos cristãos passaram a dedicar sua vida à prática da caridade, o que originou inúmeras congregações religiosas, as quais atraíam homens e mulheres vocacionados para cuidar de pobres e doentes em busca da salvação eterna. O ato de cuidar naquela época era

considerado um atributo feminino, pois, muitas mulheres da nobreza se dedicavam a cuidar de pobres e enfermos.

Congregações de mulheres constituídas, sobretudo de virgens, viúvas e monjas, ajudavam a Igreja na função de cuidar dos doentes. A partir dessas congregações surgiram, em Roma, as primeiras diaconisas. Séculos depois surgiram outro grupo de mulheres em Roma, também da nobreza, chamadas de matronas. Na Idade Média surgiram as filhas e as damas de caridade.

As diaconisas eram congregações de mulheres constituídas, sobretudo de virgens, viúvas e monjas, surgiram com a difusão do cristianismo em Roma e tinham como função cuidar de pobres e doentes. As matronas eram grupos de mulheres da nobreza, que abdicaram da vida social para aderir à causa do cristianismo e ao cuidado de pobres e doentes em seus próprios palácios.

No que tange às filhas e às damas de caridade, quem foi o responsável pela criação dessas comunidades, foi São Vicente de Paulo e Luisa de Marillac, as quais eram camponesas e senhoras da alta sociedade que cuidavam da educação e do cuidado de pobres e doentes, onde o cuidado era entendido como um ato de caridade. As filhas de caridade eram camponesas, responsáveis pela educação de pobres e doentes. As damas de caridade representavam uma confraria constituída por senhoras da alta nobreza, que não podiam seguir o regulamento de São Vicente de Paulo, porém, cooperavam em todos os trabalhos de assistência e visita aos pobres. As filhas de caridade faziam o maior esforço, e, com uma representação analógica, representariam, hodiernamente, os auxiliares e técnicos de enfermagem, já as damas seriam as que coordenavam o trabalho, representadas, hoje, pelas enfermeiras.

Um destaque a ser feito é que São Vicente de Paulo nasceu na França, no ano de 1581, em meio a grandes dificuldades econômicas e sociais que o povo francês enfrentava. Em 1600, ordenou-se sacerdote e em 1617 fundou as “Caridades” para o socorro dos enfermos carentes de todo o cuidado. As “Caridades” eram uma confraria de caridade, nas quais as senhoras e as damas se afiliavam para auxiliar no seu domicílio, os doentes pobres. Porém, São Vicente de Paulo percebeu que faltava tempo e disposição destas damas para prestarem os cuidados necessários. A partir disso, em 1633 fundou junto com Luisa de Marillac, a congregação das filhas da caridade. São Vicente chegou à conclusão de que os

sacerdotes e as freiras eram quem mais dispunham de tempo para cuidar dos pobres e enfermos, colocando as freiras à disposição dos pobres que se mantinham em casa. Sendo assim, São Vicente de Paulo se tornou um impulsionador da enfermagem moderna, mormente, quanto aos cuidados domiciliários (HENRIQUES *et al*, 2001).

Os hospitais eram localizados em torno de igrejas e mosteiros, porque no cristianismo, as congregações religiosas construíram diversos hospitais para prestar assistência. Isso ocorreu devido ao crescimento do fervor religioso por parte dos cristãos, levando um grande número desses cristãos aos altares.

Florence Nightingale conheceu e aprendeu o trabalho desenvolvido pelas filhas de caridade em Paris, no Hôtel-Dieu, onde teria acompanhado o tipo de rotina assistencial e administrativa, que realizava suas regras e sua forma de cuidar dos doentes, fazendo anotações, gráficos e listas das atividades desenvolvidas, e aplicou o mesmo questionário nos hospitais da Alemanha e da Inglaterra, tendo aprofundado seus estudos e sua organização. A Ordem das Diaconisas fundada na Alemanha, por Theodor Fliedner, influenciou, sobremaneira, a formação de Florence, pois, foi através desta, que recebeu seus primeiros ensinamentos para cuidar de doentes e feridos.

Uma comparação que pode ser feita é que as primeiras diaconisas tinham a função de cuidar dos pobres e doentes. Tais cuidados se resumiam a banhar os doentes com febre, limpar feridas, fazer curativos, dar água e comida, oferecer remédios domésticos, e melhorar as condições de limpeza e ar puro do ambiente. Já as diaconisas protestantes que surgiram na Alemanha recebiam aulas de ética, princípios religiosos e princípios sobre as práticas de enfermagem.

O modelo Nightingale chega ao Brasil no ano 1922, através de enfermeiras norte-americanas, de forma que, a implantação deste modelo foi uma tentativa de reverter a situação calamitosa do país. Destaca-se que a escola de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), visava à formação de enfermeiras para atuarem na área comunitária, com a predominância de disciplinas de cunho preventivo na grade curricular, na qual o paciente como nomeado por Florence, é reconhecido como um ser que precisa ser guiado. Com outras palavras, a enfermagem deveria assegurar e garantir a sua saúde como salvação da modernidade, salvaguardando a vida que lhe foi posta em suas mãos, seja por Deus, seja pela instituição ou mesmo pelos médicos (LUNARDI, 1998).

Essa identidade não se expandiria se ficasse restrita aos muros das instituições assistenciais. Então, as religiosas se dedicaram à ampliação de instituições de ensino, com a missão de moldar a postura da futura enfermeira e despertar o amor pelo serviço ao próximo. Desse modo, a identidade dos mestres, das religiosas e das profissionais que atuavam no campo de prática, eram os modelos ideais a serem seguidos, devendo-se aliar o preparo técnico-científico com os compromissos da vida religiosa (RIBEIRO & BORENSTEIN, 2003).

Por oportuno, cabe explicitar a criação da Escola Profissional de Enfermeiros, no Estado do Rio de Janeiro, por meio do Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior, qualificando-se por ser a primeira Escola de Enfermagem brasileira. Atualmente, é denominada como Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencente à Universidade do Rio de Janeiro - UNIRIO. Posteriormente, em 1922, foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery, onde, destacam-se os programas de ensino de 1923, 1946 e 1949, e os currículos mínimos para o ensino de enfermagem no país de 1962, 1972 e 1994 (GALLEGUILLOS & OLIVEIRA, 2001 & PORTO, 1997).

No que concerne à história da enfermagem brasileira, a religião ocupa um lugar importante. À medida que, por vezes, foi uma porta-voz na formulação de um pensamento e na consolidação de atitudes que influenciaram o exercício profissional dos enfermeiros. Assim, a relação da religiosidade, espiritualidade com a enfermagem, também é antiga. Isso pode ser observado nos ensinamentos de amor e fraternidade, marcando, ideologicamente, a prática de cuidar do outro e, principalmente, modelando comportamentos que atendessem a esses ensinamentos. Assim, a enfermagem passou a ser uma atividade de penitência que se realizava como meio de purgação e purificação, e, com o merecido destaque, o cristianismo foi responsável pela edificação deste projeto.

Gussi & Dytz (2008, p.378) ao citarem Halbwachs, ressaltam que “um dos objetivos da história talvez seja justamente lançar uma ponte entre o passado e o presente, e restabelecer essa continuidade interrompida”. De acordo com tais autoras, o Brasil tem uma raiz colonizadora religiosa que marcou profundamente a organização da assistência à saúde no país, considerando que o forte controle do ensino exerceu uma função caritativa, além de

ter mantido sob a sua responsabilidade administrativa a maioria dos hospitais, principalmente os destinados a indigentes.

A construção de um modelo pré-profissional no século XIX, a partir do regimento do novo hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (1852), por ocasião da chegada das irmãs de caridade da Congregação de São Vicente de Paulo, é um exemplo. Elas imprimiam sua marca na prática da enfermagem, principalmente nas qualidades esperadas por uma enfermeira, tais como: obediência, humildade, abnegação, serviço ao próximo, disciplina, respeito à hierarquia, entre outras. (PADILHA, 1997)

Desse modo, propagaram-se os pressupostos cristãos, os quais também estavam impregnados no cerne das lideranças de enfermagem. A título exemplificativo, em 1961, o XV Congresso Brasileiro de Enfermagem e o II Congresso Brasileiro Latino-Americano do CICIAMS (Comitê Internacional Católicos de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais) tiveram como tema: “O sentido cristão de servir e a enfermagem”. Assim, a visão prevalecente era consolidada no sentido de que a enfermeira ao exercer sua profissão, deveria servir com sentido cristão, melhor dizendo, com grande dose de ternura, com caridade bem dirigida a todos os que, por qualquer motivo, necessitassem da sua ajuda (GUSSI & DYTZ, 2008).

Não deve ser esquecido que, mesmo a enfermagem moderna, liderada por Florence Nightingale, foi calcada em pressupostos cristãos. Além do mais, os hospitais foram tratados como um campo fértil para difundir os ideais cristãos, bem como uma forma eficiente para alcançar a meta de manter o controle tanto dos assistidos, quanto dos trabalhadores. A identidade dos mestres, das religiosas e das profissionais que atuavam no campo de prática, eram os modelos ideais a serem seguidos, devendo-se aliar o preparo técnico-científico, com os compromissos da vida religiosa (GUSSI & DYTZ, 2008).

Com apoio em Padilha, Nazário & Stipp (1998) os ensinamentos de amor e fraternidade transformam o desenvolvimento da enfermagem, ante a materialização deste espírito na prática de cuidar e, especialmente, modelando comportamentos que atendessem a esses ensinamentos. Nesse sentido, a enfermagem passou a ser uma atividade de penitência que se realizava como meio de purgação e purificação.

Castro & Sá (1967) escreveram um artigo na Revista Brasileira de Enfermagem, sugerindo a difusão de cursos intensivos, de palestras ou, até mesmo, a criação de uma

disciplina sobre “Medicina Pastoral”, com o escopo de traduzir no âmbito das escolas de enfermagem, uma sólida preparação das futuras enfermeiras para a prestação de assistência espiritual aos pacientes.

Vale ressaltar que eram comuns os rituais católicos ocorridos na EEAN, o que, de certo modo, revelavam que as professoras da referida escola de enfermagem investiam na produção, na reprodução, na difusão e no consumo dos bens de salvação. Dessa maneira, legitimavam as propriedades materiais e simbólicas, no caso, da doutrina católica, associada à posição da EEAN na estrutura social. Este tipo de orientação provocou repercussões no que se refere ao aumento do número de Escolas de Enfermagem de orientação católica, em meados da década de 40.

É inexorável que a aliança entre a Igreja e o Estado, que data dos primórdios da enfermagem e perpassa pela implantação da enfermagem moderna, com forte marca nos primeiros anos de vida da EEAN – fruto da adoção dos preceitos religiosos na sua estrutura –, foi um fator fundamental para a formação da decisão das candidatas ingressarem na mencionada escola de enfermagem (GUSSI & DYTZ, 2008).

A respeito da organização mantida nas entidades de classe, é de fácil percepção, também, o influxo dos ideais difundidos pela religiosidade. A União das Religiosas Enfermeiras do Brasil (UREB) tinha a meta de reunir as enfermeiras-religiosas em um grupo diferenciado, e, após a aprovação do estatuto respectivo, deveriam se filiar ao Comitê Internacional Católicos de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais – CICIAMS. Um dos objetivos era estimular em todo o país, a criação e o desenvolvimento de associações profissionais católicas, a fim de assegurar apoio moral e espiritual às enfermeiras.

Por conseguinte, foi criada a União Católica de Enfermeiras do Brasil – UCEB, cujo propósito era estabelecer entre seus membros, uma união fraterna em Cristo, favorecendo-lhes uma vida profissional eficiente e com espírito apostólico (RODRIGUES & SECAF, 1998).

Verifica-se, assim, que o catolicismo exerceu grande influência nos primórdios da enfermagem – ainda exerce, só que em menor escala. Porém, em um país com dimensões continentais como é o caso do Brasil, e com uma vasta pluralidade religiosa, faz-se necessário direcionar a atenção e o entendimento sobre outras influências religiosas/espirituais na prática do cuidar, seja por parte do cuidador, seja por quem está

sendo cuidado. Diante disso, é incontestável que, no Brasil, há uma intensa raiz religiosa e esta, por sua vez, tem ramificações profundas na conformação da enfermagem brasileira.

A enfermagem tem procurado construir um corpo específico de conhecimentos em busca de autonomia e especificidade. As teorias da enfermagem representam uma tentativa nessa direção, contudo, focalizam predominantemente a prática hospitalar, o combate às doenças e a recuperação da saúde, de modo que, o foco nas necessidades religiosas dos usuários ainda é pouco discutido. A dimensão coletiva da promoção da saúde e da prevenção do adoecimento dentro da perspectiva do ensino tem sido praticamente desvinculada das teorias da enfermagem (MEYER, 1998).

Fato é que, a construção coletiva de diretrizes para o ensino da enfermagem nas duas últimas décadas, representa um avanço. No entanto, apesar de todas as mudanças ocorridas nos programas e currículos de enfermagem, o modelo flexneriano ainda se mantém hegemônico na formação dos enfermeiros.

Por isso, a enfermagem tem reproduzido o ensino de acordo com as demandas médicas, inclusive quanto à grade curricular, procurando se desenvolver para acompanhar a tecnologia existente e se organizando de maneira a propiciar condições de funcionamento das instituições hospitalares nas diversas especializações. Os enfermeiros, majoritariamente, são moldados para atender as necessidades do mercado de trabalho e dos grupos dominantes, dissociando-se das reais necessidades dos usuários. Porém, não há como deixar de consignar, que já existem algumas experiências diferenciadas em algumas instituições que estão privilegiando as necessidades dos usuários.

A compreensão mais crítica da articulação entre educação e saúde é enfatizada predominantemente no âmbito da saúde coletiva, que, dentro das suas perspectivas, procura situar o indivíduo em um contexto sócio-cultural específico, bem como compreender a determinação social do processo saúde-doença. Isto, pois, o objeto da saúde coletiva necessita de um olhar interdisciplinar, da articulação disciplinar para uma efetiva integração dos diferentes campos de saber, que se complementam pelas diferentes formas de recortar o objeto. A formação do enfermeiro dentro deste novo paradigma – visão uníssona de saúde e de educação – poderá gerar condições capazes de transformar a realidade, visando atender as reais necessidades da população (MEYER, 1998).

Em contrapartida, é incontroverso que, continua arraigado o modelo biomédico que marcou as origens do ensino de enfermagem no Brasil, visto que, a formação do enfermeiro ainda não está voltada para as verdadeiras necessidades da saúde da população. Muito pelo contrário, os fatos relatados acima, evidenciam que as mudanças curriculares no ensino de enfermagem no país tiveram historicamente a preocupação com a adequação da formação do enfermeiro com os interesses demandados pelo mercado de trabalho e com o contexto político. Entretanto, o desafio na formação do enfermeiro precisa transpor o foco desses interesses, de modo a inserir com efetividade este futuro profissional no sistema de saúde, comprometido com as transformações exigidas pelo influxo do exercício da cidadania (ITO *et al*, 2006).

Nesse sentido, é conveniente lembrar alguns momentos históricos no cenário nacional da educação, que tiveram o condão de ajustar as bases do sistema educacional, frente ao surgimento de novas realidades sociais. A Reforma Universitária de 1968 foi um importante marco que determinou a revisão dos currículos dos cursos superiores no país. Esta Reforma teve como referência o Relatório Flexner, cujo propósito foi repensar a forma de transmissão do conhecimento. Isso porque, o conhecimento era transmitido com pouca ou nenhuma correlação com a futura prática profissional, ou seja, o aluno vivenciava a dicotomia entre conteúdo teórico e prático. Além disso, foi criada a habilitação após a graduação em três áreas básicas, são elas: Saúde Pública, Médico-Cirúrgica e Materno Infantil. Destaca-se que, nesta mesma década, restou implementada a estruturação e a organização cultural e corporativa da enfermagem, ante a fundação do primeiro mestrado na Escola Anna Nery, bem como a criação dos Conselhos e das primeiras Associações Profissionais precursoras dos sindicatos (MACÊDO, ROMANO & HENRIQUES, 2005).

Para as autoras supracitadas, a década de 80 foi marcada por movimentos cujo espírito refletia os ideais de redemocratização do Estado brasileiro e as profundas transformações nas esferas política e jurídica na área da saúde. Os segmentos da enfermagem ligados ao Movimento de Reforma Sanitária desencadeavam um processo de análise crítica, de natureza político-ideológica, sobre a categoria do enfermeiro e a sua respectiva formação profissional, bem como acerca dos modelos de prestação de serviços, da estrutura social e da política educacional vigente, que, em momento posterior, orientariam um movimento em prol de mudanças do Currículo Mínimo Nacional.

No ano de 1986, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) liderou o processo de discussão do ensino de enfermagem em todo o país, articulada com a Comissão de Especialistas de Enfermagem da SESu/MEC, com as entidades de classe da categoria e com Escolas de Enfermagem. Em 1987, a ABEn promoveu quatro Seminários Regionais e um Nacional, no Rio de Janeiro, com o tema “Ensino Superior de Enfermagem”, com a finalidade de caracterizar a situação do ensino de graduação e apresentar alternativas para os problemas identificados. Em 1988, ocorreu um segundo Seminário Nacional, seguido de outros regionais, com o tema “Perfil e Competência do Enfermeiro e suas implicações no Currículo de Enfermagem”. Esse seminário, posteriormente, foi sistematizado em uma oficina, que originou os postulados fundamentais para um novo currículo. Em 1989, o Seminário Nacional “Currículo Mínimo para a Formação do Enfermeiro”, constituiu-se em fórum deliberativo do anteprojeto para mudança curricular e, em maio de 1991, ocorreu uma nova oficina de trabalho que resultou no documento que definiu novos parâmetros e diretrizes para a formação do enfermeiro.

Não obstante, desde 1976 a Escola de Enfermagem Anna Nery resolveu iniciar o planejamento de reestruturação do seu currículo, pela primeira vez por meio de decisão interna, já que, as mudanças curriculares só eram concretizadas em atendimento aos comandos refletidos com imperatividade pela legislação. A motivação para tanto, decorreu do projeto de Novas Metodologias para o Ensino Superior, o qual tinha como objetivo inovar as estratégias e outros aspectos dos cursos, na busca pela melhora da qualificação dos profissionais que formavam. Destaca-se que, tal currículo tinha como proposta de ensino integrado, isto é, integração da teoria com a prática, integração do estudo com o trabalho e integração disciplinar. A primeira turma oriunda desse novo currículo completou a sua formação no ano 1982 (CARVALHO, 2006).

Segundo Macêdo, Romano & Henriques (2005) a década de noventa foi profícua, a mudança do paradigma curricular ganhou corpo a partir de março de 1992, quando a proposta encaminhada recebeu parecer favorável e, finalmente, foram fixados os “Mínimos do Conteúdo e a Duração do Curso de Graduação em Enfermagem”, com a publicação de novo Parecer Conselho Federal de Educação - CFE nº 314/94.

O parecer CFE nº 314/94 preconizava a formação de enfermeiros dotados de competência técnico-científica e política, além de mudanças no marco conceitual que

enfatazavam a compreensão conjuntural do país e do contexto de saúde e, notadamente, uma estreita relação entre os processos de formação com o de trabalho em enfermagem. Assim, o currículo deveria favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população em consonância com os princípios de universalidade, equidade, integralidade e resolutividade das ações de saúde, em todos os níveis de assistência conforme os preceitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS (CARVALHO, 2006).

No ano de 1994, em decorrência do fértil debate ocorrido, consubstanciou-se um novo fórum orientador de diretrizes para o ensino, os “Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEn”. No campo macro da Educação, em dezembro de 1996, trinta e cinco anos depois da promulgação da primeira Lei de Diretrizes Básicas, foi publicada a Lei nº 9.394/96 (nova LDB), fruto de mais de uma década de negociações, demandando que, todo o processo educacional vigente no país deveria se adequar aos seus novos paradigmas. Cabe destacar que o processo de debate para o novo currículo dos enfermeiros ocorreu em paralelo, dentro de alguns dos princípios estabelecidos pela nova LDB (MACÊDO, ROMANO & HENRIQUES, 2005).

Em 23 de dezembro de 1996, foi publicada a nova LDB, que trouxe novas responsabilidades para as Instituições de Ensino Superior (IES), docentes, discentes e sociedade, pois, permite a formação de diferentes perfis profissionais a partir da vocação de cada curso/escola. Com isso, é esperada uma melhor adaptação do "mundo do trabalho", já que, as instituições terão liberdade para definir uma parte considerável dos seus currículos plenos (MENDES, 1996).

Uma retrospectiva histórica importante e que merece ser propalada, diz respeito ao Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn). Este Seminário foi criado após o II Fórum Nacional de Escolas de Enfermagem, o qual referendou a minuta de Portaria com a “Proposta de novo currículo mínimo para o ensino superior de enfermagem” e, após modificações importantes no seu conteúdo, passou a ser definido como Currículo mínimo, através da Portaria nº 1.721 do MEC, de 15/12/1994 e homologada pelo Parecer nº 314/94 do então Conselho Federal de Educação (CFE). Sendo assim, surgiu a proposta para a organização de um seminário como espaço para definir as políticas de educação para todos os níveis de enfermagem, e, para o desenho de estratégias que viabilizem essas políticas (MOURA *et al*, 2006).

O 1º SENADEn ocorreu no ano de 1994, no município do Rio de Janeiro (RJ), cujo tema foi “Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil” e os objetivos foram discutir sobre a formação de nível médio, graduação e pós-graduação em enfermagem, reconhecer os determinantes históricos intervenientes na política educacional em enfermagem; relacionar os processos produtivos com as diretrizes educacionais; identificar os entraves e dilemas presentes nos processos de formação dos diversos níveis em enfermagem e traçar estratégias e diretrizes para o ensino. Dentre os resultados, as propostas e as recomendações realizadas, destaca-se a aprovação do documento: “Subsídios para a elaboração de uma Proposta de Currículo Mínimo para a formação do Enfermeiro”. Uma das proposições foi a ampliação da discussão dos currículos com a comunidade de enfermagem, docentes, discentes e pessoal e dos serviços (PORTO, 1997, MOURA *et al*, 2006; MACÊDO, ROMANO & HENRIQUES, 2005).

O 2º SENADEn aconteceu no ano de 1997, na cidade de Florianópolis (SC), tendo o mesmo tema que o anterior. Neste seminário os objetivos traçados foram: refletir sobre a realidade estrutural brasileira, com vistas a subsidiar a definição de diretrizes para a educação em enfermagem e estabelecer diretrizes para a educação em enfermagem, articulando os três níveis. Foi referendada a Proposta de Currículo Mínimo, elaborada coletivamente, tal como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a educação em enfermagem. Também foi asseverado nas discussões, a existência de muitos cursos com ênfase no modelo biomédico, cujo prestígio se pauta na dissociação entre a teoria e a prática (PORTO, 1997; MOURA *et al*, 2006).

O 3º SENADEn foi realizado no Rio de Janeiro (RJ), em 1998, e teve como tema “As Diretrizes para a educação em Enfermagem no contexto da LDB”. Um dos seus objetivos foi discutir o ensino-aprendizagem da enfermagem nos diferentes níveis, à luz da LDB e propor diretrizes curriculares para a formação profissional. Como proposição, destaca-se a duração do curso (mínimo de 3.500 horas), bem como as estratégias e indicadores de avaliação. Foi delineado, também, o perfil do enfermeiro "profissional generalista, crítico e reflexivo, com competência técnico-científica, ético-político, social e educativa" (SENADEn, 1998).

O 4º SENADEn foi realizado em Fortaleza (CE), em 2000, e teve como tema “Enfermagem: Estratégias e perspectivas políticopedagógicas”. Um dos objetivos que

merece destaque foi a discussão dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs), que viabilizassem a formação voltada para as necessidades da clientela. Nesta discussão emergiram as seguintes proposições: definição da carga horária do estágio supervisionado (mínima de 500 horas), criação de espaços estratégicos para a capacitação dos docentes com um ensino crítico-reflexivo, e, finalmente, a exigência de Monografia ou Trabalho de Conclusão do Curso (MOURA *et al*, 2006).

O 5º SENADEn aconteceu em 2001, em São Paulo (SP), e teve como tema “Avaliação no contexto das diretrizes curriculares para a educação na enfermagem: prioridades, implicações e desafios”. Um dos seus objetivos e que merece destaque, foi a discussão e a avaliação de propostas e diretrizes relativas às habilidades e às competências relacionadas ao ensino-aprendizagem. Uma preposição importante foi a construção dos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos, tomando a transdisciplinaridade e interdisciplinaridade como pontos essenciais (MOURA *et al*, 2006).

O 6º SENADEn foi feito em Terezina (PI), no ano de 2002, e teve como tema “Educação e mudanças: discutindo os contextos, textos, lições e proposta”. Um objetivo importante foi o de influir nas diretrizes das mudanças, discutindo, dentre outros aspectos, a pedagogia da competência e do currículo integrado. Como importante resultado, foi obtida a Carta de Terezina, destacando-se as mudanças a serem implementadas na formação dos profissionais de saúde, dentre eles os trabalhadores de enfermagem, assim como as parcerias políticas e institucionais necessárias para consolidar tanto as mudanças propostas, quanto as em processo de regulamentação. Possui relevância, ainda, a proposta do Conselho Nacional de Educação, contida nas Diretrizes Curriculares para a educação profissional de nível tecnológico, que salienta a formação do tecnólogo também na área de enfermagem, caracterizado como profissional com formação superior, de curta duração e voltada para o trabalho, cuja posição coletiva é de que seja excluída a referência à Enfermagem (SENADEn,2002).

O 7º SENADEN foi realizado em 2003, no Distrito Federal, e teve como tema “Educação em Enfermagem: buscando a coerência entre intenções e gestos”. O objetivo foi aprofundar a análise das intenções e dos gestos que caracterizam as diferentes experiências de formação profissional em enfermagem, frente aos fins sociais, às políticas públicas e à regulação das práticas, subsidiando as mudanças promotoras da Saúde. Neste encontro os

participantes foram convidados a comungar esforços para superar falsas dicotomias e para a compreensão da realidade de forma integral, não fragmentada. Demandou-se ainda para as universidades/escolas a construção de novos processos pedagógicos em saúde/enfermagem, rompendo com as práticas pedagógicas tradicionais e com as atuais relações de poder, incorporando novos referenciais e paradigmas. (SENADEn,2003).

O 8º SENADEn, aconteceu em Vitória, Espírito Santo, no ano de 2004. O tema central foi: “Discutindo as mudanças, pesquisando o novo e superando os desafios”. Neste SENADEn a politização e otimização dos recursos humanos na enfermagem foram consideradas como um desafio à implementação de mudança e a humanização foi reconhecida como um elemento fortalecedor da relação ensino/trabalho. Como espaço de formulações paradigmáticas, apontou a necessidade de se entender o trabalho como possibilidade de re-criar a vida, mesmo em condições adversas, sob a perspectiva do “trabalho visível” (das práticas) e do “trabalho invisível” (das relações intersubjetivas que envolvem emoções, sentimentos e o cuidado), o que significa encarar o desafio da integralidade para além dos princípios do SUS. Por fim, evidenciou o desafio da educação dos educadores para o processo de mudança, permanece como uma direção a ser tomada, não só no sentido da qualificação técnica e humana, mas no sentido da esperança depositada pela categoria em um novo fazer pedagógico e no reencantamento do mundo, da educação e da saúde. (SENADEn,2004).

O 9º SENADEn aconteceu em 2005, na cidade de Natal (RN), e teve como tema “A Qualidade da Educação: Um Compromisso Social da Enfermagem?”. Seu objetivo foi refletir, criticamente, sobre a articulação do ensino, do trabalho e da pesquisa, como um dos fatores determinantes de qualidade na formação profissional e explicitar políticas de capacitação de recursos humanos na área. Como resultado, cumpre enfatizar a Carta de Natal e como proposição a colaboração na implementação da política pública HUMANIZA/SUS, principalmente nos hospitais, envolvendo gestores, profissionais, docentes, alunos e usuários (MOURA *et al*, 2006).

O 10º SENADEn foi realizado em Brasília, no ano de 2006, e teve como tema “ABEn 80 anos:Conquistas, avanços, desafios e perspectivas na educação em enfermagem”. Seu objetivo foi oportunizar a definição de uma agenda pró-ativa com ações a serem realizadas de forma integrada pela ABEn. Uma das propostas que deve ser

ressaltada é a dimensão cuidadora, orientada pela integralidade para a formação de profissionais de saúde (MOURA *et al*, 2006).

O 11º SENADEn aconteceu em 2008, em Belém (PA), e teve como tema “Novos pactos entre educação e saúde em prol da qualidade da formação dos profissionais de Enfermagem”. Os objetivos deste último seminário até então foram compreender e refletir sobre a educação em enfermagem, considerando suas articulações com o ensino de Graduação, de Pós-Graduação e de Ensino Profissional de Enfermagem. Foi discutido, dentre outros temas, o desenvolvimento e os avanços na construção de um saber inovador, voltado para as práticas da integralidade e visando o sujeito na totalidade de suas necessidades, assim como a gestão curricular, ou seja, a reforma de currículos (ABEn, 2008).

Ante o esboço da retrospectiva histórica dos SENADEns, cabe esclarecer que a flexibilidade contida na nova LDB, outorga às IES, a liberdade no sentido de determinar o perfil do aluno que desejam formar, o que, por si só, representa um avanço. Todavia, o ensino tem sido determinado pelos interesses dominantes, voltados para um mercado de trabalho que atende as necessidades de uma minoria (ITO *et al*, 2006).

Sendo assim, tudo leva a crer que os profissionais e educadores devem estar atentos e compromissados com um ensino que proporcione mudanças capazes de atender a sociedade e suas necessidades de saúde como um todo, dentre elas as religiosas e as espirituais.

Impende explicitar que essa também é uma preocupação do ensino médio, em que se recomendam temas transversais – Ética e Pluralidade Cultural –, com vistas à promoção do debate acerca da religiosidade, da espiritualidade, do direito e da autonomia (BRASIL, 1997).

Um dos principais desafios para desencadear as transformações necessárias na formação dos enfermeiros, diz respeito à gestão acadêmica. As resistências às mudanças, à pouca reflexão sobre a gestão acadêmica, ao distanciamento dos serviços de saúde com o reforço da clássica dicotomia entre o pensar e o fazer, além do autoritarismo, da fragmentação e do tecnicismo, presentes em boa parte da prática dos docentes e gerentes acadêmicos, constituem algumas das contradições que necessitam de enfrentamento e superação. Portanto, faz-se mister destacar neste aspecto, o pouco domínio que a maioria dos gerentes acadêmicos tem sobre a evolução histórica, os princípios, as diretrizes, a

legislação e a operacionalização do Sistema Único de Saúde, assim como do exercício profissional do enfermeiro.

Nesse contexto, não é de todo absurdo inferir que, se as exigências da nova LDB e das Diretrizes Curriculares Nacionais forem bem direcionadas e aproveitadas, podem proporcionar a formação de profissionais críticos, reflexivos, atentos aos aspectos religiosos e espirituais de maneira a contribuir para a integralidade do cuidado.

CAPÍTULO III

REFERENCIAL TEÓRICO

“Querer colocar em oposição a ciência natural e a religião... só pode ser coisa de gente ignorante nos dois assuntos.”

Paul Sabatier, Prêmio Nobel de química de 1953.

Com alicerce na literatura de alguns autores, este capítulo é inaugurado com a apresentação do referencial teórico selecionado, a fim de subsidiar uma efetiva análise das informações contidas neste estudo. Sendo assim, no intuito de organizar uma linha de raciocínio pautada na coerência, esse marco referencial é composto dos seguintes itens:

- ✓ Gestão Acadêmica: planejamento participativo;
- ✓ Necessidades Religiosas e Espirituais à luz da Integralidade do Cuidado;

- ✓ Exercício Profissional do Enfermeiro sob a ótica da Constituição Federal, do Código de Ética de Enfermagem e do Sistema Único de Saúde.

3.1- Gestão Acadêmica: planejamento participativo

Antes de adentrar na análise propriamente dita do referencial teórico, concernente ao tema da gestão acadêmica, é importante destacar que, de acordo com Ferreira (2004) a palavra gestão é o ato ou efeito de gerir. Portanto, gerir significa ter gerência sobre; administrar, dirigir, gerenciar. Já o termo gestão vem de *gestio*, que, por sua vez, deriva de *gerere* (trazer em si, produzir), o que clarifica o termo, visto que, a gestão não é tão-somente o ato de administrar um bem fora de si, mas também é algo que traz para si, porque nele está contido.

Considerando a possibilidade de lograr uma gestão eficiente na seara acadêmica, é primordial como passo preliminar, a realização de um planejamento das atividades. Posteriormente, as atividades deverão ser instrumentalizadas de modo cada vez mais horizontal, com vistas ao alcance de um planejamento participativo mais sólido na gestão acadêmica.

Frise-se, porém, que o juízo sobre gestão acadêmica que se discute nesta tese, não se refere a um sistema operacional de gestão acadêmica, ou seja, um *software* produzido como ferramenta para a gestão. A gestão acadêmica aqui propalada se refere à gestão de instituições de ensino superior, onde, para tal, há a existência da figura do gestor educacional.

O gestor educacional segundo com Marquesin; Penteado & Baptista (2008) é representado, dentre outros profissionais, notadamente pelo coordenador do curso. Este profissional possui algumas atribuições, que, a título exemplificativo podem ser citadas: coordenar e gerir estudos, discussões e ações a partir da realidade, e, caso se faça necessário, redimensionar os alicerces da construção do PPP; assegurar a unidade de ação pedagógica; prestar assistência didática e pedagógica junto aos professores; cuidar dos

aspectos organizacionais do ensino; assegurar um clima de trabalho cooperativo e solidário; propor e coordenar atividades de formação contínua dos docentes; acompanhar e avaliar, através de práticas colaborativas, o desenvolvimento do plano de curso e de ensino; organizar dados, registros e documentos sobre a estrutura e as ações pedagógicas; planejar, coordenar, gerir, acompanhar e avaliar as atividades didático-pedagógicas, tendo como base instrumentos reflexivos (ação-reflexão-ação).

Com lastro no raciocínio expandido pelos aludidos autores, os gestores de instituições de ensino superior precisam coordenar de forma competente, isto é, com planejamento, voz de comandando, avaliação efetiva, apoio integral, mantendo uma postura pautada no diálogo contínuo, com vistas a estimular uma interação entre os diversos atores integrantes das IES.

Assentadas tais premissas, para discutir o planejamento e mais especificamente o planejamento participativo, os autores eleitos foram Gandim & Gandim, nas obras Gandin (2000a e 2000b), Gandin & Gandin (2000) e Gandin (2008).

De acordo com Gandin (2008), o planejamento é natural do ser humano, na medida em que o deslinde das ações é materializado consoante o planejamento esquadrihado. Logo, o planejamento é motivado pela existência de um problema que será perquerido através das respectivas ações para a sua resposta, acompanhado pela esperança de mudança. Finalmente, para o alcance desta finalidade, são propostas ações, atitudes, regras e rotinas. Ainda conforme o nomeado autor, estamos vivendo a segunda grande “onda” do planejamento, uma vez que a primeira teria entrado em crise nas décadas de 70 e 80.

Existem vários tipos de planejamento, isto decorre consoante o entendimento de Gandin (2008), pela existência de vários tipos de ação humana. São coisas distintas, por exemplo, ir a um cinema (precisa de um tipo de planejamento), construir mais participação numa cidade (outro tipo de planejamento) e construir uma ética planetária (outro tipo).

Ainda para o autor em destaque, existe o planejamento para o *conserto de um automóvel*, no qual terão que ser adotados três passos: a compreensão do padrão da máquina, isto é, estrutura que lhe permite o funcionamento; diagnóstico, buscando descobrir as diferenças existentes na máquina real em relação ao padrão ideal, ou seja, o conceito central deste diagnóstico é o de problema e o seu resultado mais forte é a relação dos problemas detectados, de modo que, também faz parte deste diagnóstico, a avaliação de

possibilidades e de recursos; e, finalmente, a decisão do que vai se fazer, incluindo aí, as ações diretas de solução do(s) problema(s) e/ou a(s) orientação(ões) – propostas como estratégias – do uso da máquina.

Outro tipo é a *administração de um aeroporto*, muito parecido com o caso anterior é a administração de alguns serviços públicos. Há ideias de segurança, bem-estar, bom atendimento, rapidez, que devem ser realizadas, de forma que, as três etapas do planejamento descritas acima permanecem, o que é diferente apenas são os conteúdos. O levantamento de sugestões junto ao público é a forma primeira de participação dos usuários na fixação deste padrão. O diagnóstico, além de verificar a existência e a extensão de problemas, inclui o grau de satisfação das pessoas que trabalham no serviço e dos que usufruem seus benefícios. A decisão sobre o que se vai fazer é mais abrangente em virtude dos acréscimos anteriores. Além disso, estas decisões insistirão mais em estratégias, visando aos modos de ser e de se comportar que aumentem a qualidade do serviço, dentro do padrão estabelecido. Pode contar com mais mudanças, algumas estruturais, que são geradas pela modificação do padrão referencial estabelecido (GANDIN, 2008).

A *fábrica de sapatos* é o terceiro tipo, neste as indústrias e as empresas de serviços mais complexas aumentam os campos de liberdade na ação e no planejamento, forçando a utilização de modelos, técnicas e instrumentos mais elaborados e o alargamento dos conceitos embasadores. Há a necessidade de posições estratégicas mais claras e de aumentar a análise acerca da realidade social, chegando, eventualmente, à ideia mais dilatada de missão, que inclua com intensidade o bem-estar das pessoas e até dos grupos que, às vezes, não são ligadas diretamente à empresa (GANDIN, 2008).

Por último, de acordo com o autor supracitado, existe *O Sonho e a Prática da Escola, do Partido Político, do Sindicato*, fato é que, pouco se tem escrito sobre o planejamento de instituições, cujo primeiro fim é o de gerar riqueza não material, isto é, o de contribuir para a construção do ser humano e da humanidade. Pensa-se, em geral, que planejá-las quer dizer administrá-las, pois, gerenciar recursos parece suficiente: os planos de uma escola devem seguir os mesmos enfoques dos planos de uma fábrica ou, quando muito, de uma prestadora de serviços. Quase sempre estas entidades são remetidas, para efeitos de ferramenta de planejamento, aos mesmos modelos, técnicas e instrumentos que são oferecidos às empresas, cujo primeiro fim é o lucro. Contudo, estas ferramentas não

servem para instituições como escolas, porque estas entidades precisam de uma ferramenta que lhes permitam cumprir da melhor forma possível sua função de participar da luta de proporcionar estrutura à sociedade. Mas, até para a escola, os pontos básicos do planejamento são os mesmos, compreensão do padrão, diagnóstico e decisão do que se vai fazer. O novo é a abrangência social que o planejamento participativo oferece a estes momentos, especialmente ao primeiro, o que traz consequências para os outros.

Assim, o planejamento participativo pretende ser mais do que tão-somente uma ferramenta para a administração; parte da ideia que não basta uma ferramenta para “fazer bem as coisas”, mas que é preciso desenvolver conceitos, modelos, técnicas, instrumentos para definir “as coisas certas” a fazer. Isto, não apenas para o crescimento e a sobrevivência da entidade planejada, mas também para a construção da sociedade, incluindo, como sua tarefa, contribuir para a construção de novos horizontes, dentre os quais estão, necessariamente, os valores que constituirão a sociedade (GANDIN, 2000a).

Nas escolas, e aqui é de todo conveniente acrescentar, na academia, por exemplo, não basta que os professores definam, isoladamente ou em conjunto, “como” e “com que” irão “passar” um conteúdo preestabelecido. Enseja, dessa maneira, um caráter de só administração ao trabalho escolar, de forma que, faz-se necessário uma organização para definir os resultados que pretendem buscar, não apenas em relação a seus alunos, mas no que pertine também as realidades sociais, e, que, a partir disto, possam efetivar uma avaliação circunstanciada da sua prática e proponham novas práticas alternativas para influenciar a construção social. Diante disso, resta claro que haverá um estímulo para discussões, reflexões e ações sobre a religiosidade e a espiritualidade na academia, em especial, na graduação de enfermagem – foco deste estudo –, o que contribuirá, sobremaneira, para um resultado efetivo na realidade social.

O planejamento participativo “deseja ser, essencialmente, o planejamento de decidir quais as coisas certas a fazer e quais os motivos. que nos levam a fazê-las, embora não renuncie aos instrumentos e às técnicas que permitam- fazê-las bem” (GANDIN, 2000a, p. 35).

Cumprido elucidar que o planejamento participativo nasce a partir da análise que vislumbra a sociedade organizada de forma injusta, injustiça esta, que se caracteriza pela falta de participação. Neste contexto, a participação não é simplesmente aquela presença,

aquele compromisso de fazer alguma coisa, aquela colaboração; participação, por outro lado, é aquela possibilidade de todos usufruírem dos bens – os naturais e os produzidos pela ação humana. Assim, a participação no planejamento participativo inclui distribuição do poder, inclui possibilidade de decidir na construção não apenas do “como” ou do “com que” fazer, mas também do “o que” e do “para que” fazer. Além disso, o planejamento participativo contém técnicas e instrumentos para realizar esta participação (GANDIN & GANDIN, 2000).

Estamos, contudo, num mundo que anuncia claramente a forma pela qual no século XXI o poder pode ser distribuído e não mais concentrado nas mãos de alguns, sejam pessoas, governos ou instituições. Atravessamos uma época em que se reconhece uma cosmovisão pronta e determinada, para um tempo em que é preciso construir a cada momento, uma visão de mundo. Mas em por outro lado, ainda firma a convicção de que não são apenas os poderosos ou os técnicos que têm a capacidade de descobrir os caminhos, mas todos têm esta sabedoria e, sobretudo, este direito, que não pode ser subtraído das pessoas.

Cada vez mais se consolida o tempo em que governar e até administrar entidades não-governamentais é coordenar o processo de definição conjunta dos rumos sociais e, de igual modo, administrar os meios para seguir a caminhada nos rumos estabelecidos. Neste sentido, estamos nos aproximando do tempo em que o governante e o dirigente não só dirão através do discurso que são, mas que, verdadeiramente, são os verdadeiros servidores da comunidade (GANDIN, 2000a).

Assim, a participação na escola, entendida aqui como na academia, ou seja, a gestão acadêmica não compete apenas ao gestor – no cargo do coordenador e aos docentes –, tal função deve perpassar pelos discentes e pela sociedade.

Vislumbra-se que o gerenciamento participativo no qual estimula a participação de todos os agentes envolvidos, pode contribuir e viabilizar, sobremaneira, na excelência acadêmica, com vistas ao respeito da diversidade e do pluralismo (MOTTA, 2001).

A importância na ampliação da qualificação dos trabalhadores de saúde nas dimensões técnica-especializada, ética-política, comunicacional e de inter-relações pessoais para a participação como sujeitos integrais no mundo do trabalho, é o grande desafio para a ocupação de espaços pela enfermagem. Os processos educativos buscam a passagem do

estado de desconhecimento relativo para um estado de conhecimento, capaz de transformar a realidade, pois, na educação, é necessário considerar tanto o contexto e o meio habitado pelo indivíduo, como o aspecto da religiosidade e espiritualidade, visto que, indiscutivelmente estes fatores interferem no processo de saúde-doença (DELUÍZ, 2001).

Contudo, a participação atualmente é um conceito que serve a três desastres extremamente graves: a manipulação das pessoas pelas “autoridades”, através de um simulacro de participação; a utilização de metodologias inadequadas, com o conseqüente desgaste da ideia; e a falta de compreensão abrangente da ideia de participação (GANDIN, 2000a). Assim, denota-se que os níveis em que a participação pode ser exercida, são: colaboração, nível de decisão e construção em conjunto.

O primeiro nível é o de colaboração, este é o mais frequente na prática concreta atual, apesar dos equívocos desta participação na prática. Aqui, a “autoridade” convoca as pessoas a trazerem sua contribuição para o alcance do que esta mesma “autoridade” decidiu como proposta. As pessoas devem participar com o seu trabalho, com o seu apoio ou, pelo menos, com o seu silêncio, de modo que, as decisões da “autoridade” tenham bons resultados e, ao final, para que o “status quo” não seja rompido. Este nível de participação pretende que as pessoas se esforcem, trabalhem com vigor, sem discutir (o não discutir faz parte deste nível de participação) quais os benefícios que advirão deste trabalho e quem deles vai se apropriar. Isto é, decorre de um pensamento ainda ligado às ideias de senhor-súdito e de rei-povo, que, embora superadas no discurso, pertencem a mais clara realidade atual, tanto na relação entre nações como nas que se estabelecem entre grupos e pessoas.

Sendo assim, o mencionado tipo de participação tem pontos positivos e, em algumas situações, possui relevância. Porém, seus maiores problemas são: ser entendido como o único modo de se fazer participação e, assim, impedir que nasçam outros processos mais profundos, quando este se manifesta como pedido de sugestões para a ação, sugestões que são aceitas ou não conforme o pensamento dos “chefes”, que leva à descrença das pessoas, porque elas descobrem com o tempo, que a sua participação é apenas secundária ou, simplesmente, não serve para nada (GANDIN, 2000a).

O segundo nível é o nível de decisão, este vai além da colaboração e tem uma aparência democrática mais acentuada. O “chefe” decide que todos vão “decidir”; leva, então, algumas questões a uma grande plenária ou a alguns grupos e ordena que todos

decidam. Em geral, são decididos aspectos menores, desconectados da proposta mais ampla, e a decisão se realiza como escolha entre alternativas já traçadas, sem afetar o que realmente importa. É claro que não se deve condenar estas precárias manifestações de democracia direta. Mas se satisfazer com elas, diminui a força transformadora e transfere para outros tempos a verdadeira participação (GANDIN, 2000a).

Ainda de acordo com o autor supracitado, o terceiro nível de participação na prática é pouco frequente, de forma que, a construção em conjunto acontece quando o poder está com as pessoas, independentemente das diferenças e fundamentado na igualdade real entre elas. Aí se pode construir um processo de planejamento em que todos, com o seu saber próprio, com a sua consciência, com a sua adesão específica, organizam seus problemas, suas ideias, seus conhecimentos da realidade, suas propostas e suas ações. Todos crescem em conjunto, transformam a realidade, criam o novo, em proveito de todos e com o trabalho coordenado. É claro que, as dificuldades são muitas e vão desde a resistência dos que perderiam privilégios até a falta de metodologias adequadas, além de passar pela falta de compreensão e do desejo de realizar isto, tendo em vista o constrangimento exercido pelas estruturas existentes.

O planejamento participativo incorpora a visão estratégica e situacional, portanto, é cogente entender a ideia de missão de forma mais abrangente e situada no contexto da globalidade social, com a perspectiva não apenas de ajudá-la a sobreviver, mas a intervir na realidade estrutural da sociedade, oferecendo, com isso, às instituições, aos grupos, aos movimentos e aos organismos governamentais, uma ferramenta que incorpora as conquistas do planejamento na perspectiva situacional e estratégica (GANDIN & GANDIN, 2000).

As ferramentas que gravitam ao redor do gerenciamento da qualidade total assumem, com toda força, a ideia de que a finalidade do planejamento é satisfazer o cliente. Para o planejamento estratégico (com alguns preferem “Administração Estratégica”), o propósito último é se firmar no mercado, com vistas a produzir um melhor ambiente de lucro futuro e, portanto, de permanência. Nesse sentido, o planejamento participativo pretende contribuir com a transformação da sociedade na linha da justiça social, no sentido de que todos participem das decisões, mas, sobretudo, dos bens materiais e não materiais encontrados na natureza ou produzidos pelas pessoas humanas.

No gerenciamento da qualidade total, planejar é solucionar os problemas que aparecerem – os conceitos centrais são os de problema e de satisfação do cliente; no planejamento estratégico é analisar oportunidades, descobrir pontos fracos e pontos fortes e compatibilizar tudo conforme os objetivos da empresa – os conceitos básicos são os de missão, de visão estratégica, de oportunidade e de ameaça. Em compensação, no planejamento participativo, planejar é desenvolver um processo técnico para contribuir num projeto político – tem como conceitos distintivos o de marco referencial e o de necessidade (GANDIN, 2000a).

O planejamento participativo denomina o primeiro momento como marco referencial, oferecendo-lhe uma importância extraordinária, porque nele inclui uma dimensão política, ideológica, de opção coletiva, e o divide em três partes, para: compreender a realidade global na qual se insere a instituição planejada (marco situacional); propor um projeto político-social de ser humano e de sociedade (marco doutrinal); e firmar um processo técnico ideal para contribuir com a construção do ser humano e da sociedade (marco operativo).

Diante desta conjuntura, importa-se muito com este primeiro momento, mas este é deixado tão-somente dentro dos limites da sobrevivência e do crescimento da empresa. Para o planejamento participativo, o diagnóstico (segundo momento) é a intermediação entre a proposta ideal – utópica – e a proposta da prática. Neste sentido, o diagnóstico é um juízo continuado sobre a prática, para verificar a distância em que ela está do ideal estabelecido em seu referencial. No planejamento participativo, o plano não começa com um diagnóstico, mas sim com um referencial (GANDIN, 2000b).

No que concerne ao planejamento curricular, o referencial escolhido será de Batista & Batista (2004).

Com relação ao âmbito acadêmico – foco no planejamento –, três importantes definições são necessárias e serão utilizadas como referencial na análise desta pesquisa. São elas: planejamento educacional, planejamento curricular e planejamento de ensino.

Consoante Sant’Anna *apud* Batista & Batista (2004, p.37), planejamento educacional é um “processo de abordagem nacional e científica dos problemas da educação, incluindo definição de prioridades e levando em conta a relação entre os diversos níveis do contexto educacional”. Já para Vasconcellos *apud* Batista & Batista (2004, p.37),

este tipo de planejamento é o “de maior abrangência, correspondendo ao planejamento que é feito em nível educacional, estadual e municipal, incorporando as políticas educacionais”.

Vasconcellos *apud* Batista & Batista (2004, p.37) diz que é “a proposta geral das experiências de aprendizagem que serão oferecidas pela escola incorporada nos diversos componentes curriculares. Dá a espinha dorsal da escola, desde as séries iniciais até as terminais”. Em complementação, Sant’Anna *apud* Batista & Batista (2004, p.37) exorta que “a previsão de todas as atividades que o educando realiza sob a orientação da escola para atingir os fins da educação”.

Quanto ao planejamento de ensino Batista & Batista (2004, p. 37) dizem que este “deve ter como fio condutor os princípios direcionadores do planejamento curricular”. Para esta definição Sant’Anna *apud* Batista & Batista (2004, p.37) complementa que é:

um processo de tomada de decisões bem informadas que visam à racionalização das atividades do professor aluno, na situação ensino-aprendizagem, possibilitando melhores resultados e, em consequência, maior produtividade.

É indispensável esclarecer que nesta pesquisa serão abordadas questões acadêmicas da graduação em enfermagem, mormente com relação à definição de plano, de projeto, de projeto pedagógico e de projeto político pedagógico.

Vasconcellos *apud* Batista & Batista (2004, p.38) verbera que plano é “o produto que, como tal, pode ser explicitado em forma de registro [...] enquanto produto, é transitório”. Assim, o plano esboça a ação que será empreendida, especificando a maneira de atingi-la no tempo e no espaço.

Para o autor em voga, projeto significa lançar para frente, melhor explicando, conduzir uma mudança e estabelecer uma ligação entre o presente e o futuro.

É uma sistematização, nunca definitiva, de um processo de planejamento que se aperfeiçoa e se concretiza na caminhada que define claramente o tipo de ação educativa que se quer realizar. É um elemento de organização e integração da atividade da prática da instituição nesse processo de transformação (VASCONCELLOS *apud* BATISTA & BATISTA, 2004, p.38)

Vasconcelos *apud* Batista & Batista (2004) afirma que o projeto pedagógico é um instrumento teórico-metodológico que visa ajudar a enfrentar os desafios do cotidiano da escola, só que de uma forma refletida, consciente, sistematizada, orgânica e, em especial,

participativa. Assim, trata-se de uma metodologia de trabalho que possibilita ressignificar a ação de todos os agentes da instituição.

Pesquisando o conceito de Projeto Político-Pedagógico, este de acordo com Vasconcelos (2004, p.169):

É o plano global da instituição. Pode ser entendido como a sistematização, nunca definitiva, de um processo de Planejamento Participativo, que se aperfeiçoa e se concretiza na caminhada, que define claramente o tipo de ação educativa que se quer realizar. É um instrumento teórico-metodológico para a intervenção e mudança da realidade. É um elemento de organização e integração da atividade prática da instituição neste processo de transformação.

Portanto, o Projeto Político-Pedagógico (PPP) é um documento que facilita e organiza as atividades no sentido de mediar decisões, conduzir as ações e a análise dos seus resultados e impactos. Constitui-se, também, em um retrato da memória histórica construída, num registro que permite a escola rever a sua intencionalidade e a sua história. Neste diapasão, o projeto norteia o trabalho da escola por encaminhar ações para o futuro com base na realidade atual e histórica. Ou seja, é um planejamento que prevê ações a curto, médio e longo prazo, intervindo diretamente na prática pedagógica diária.

As ações refletidas no projeto procuram incluir desde os conteúdos, a avaliação e as funções até as relações que se estabelecem dentro da escola e entre a escola e a comunidade. A ideologia em relação ao tipo de sujeitos que a escola pretende formar dá o tom político ao projeto. Por meio dessa explicitação ideológica e dos objetivos articulados com as respectivas ações, é possível distinguir entre uma prática que se preocupa com a formação de cidadãos críticos, participativos, responsáveis e sujeitos de sua própria história e outra de repasse e repetição de conteúdo sem estar atenta ao desenvolvimento humano (BATISTA & BATISTA, 2004).

Um conceito relativamente novo que vem sendo utilizado é do PPC (Projeto Pedagógico Curricular), que nada mais é do que PPP, só que direcionado para o curso de graduação específico. Ademais, com a definição de projeto pedagógico fica explícito que a participação é essencial na construção do projeto pedagógico e que esta será aqui entendida como a participação em construção conjunta, de acordo com Gandin (2000a).

Para Libâneo (2001) a cultura organizacional está presente na escola de duas formas: como cultura instituída, presente nas normas, na estrutura organizacional, na rotina,

na grade curricular, nos horários etc, e a cultura instituinte, criada e recriada nas relações e na vivência cotidiana. Essa cultura, embora implícita na maior parte das vezes, pode e deve:

ser discutida, avaliada, planejada, num rumo que responda mais de perto aos interesses e às aspirações da equipe escolar, o que justifica a formulação conjunta do projeto pedagógico-curricular, a gestão participativa, a construção de uma comunidade de aprendizagem (LIBÂNEO, 2001, p. 321).

Batista & Batista (2004) aclaram a existência da necessidade de reformulação curricular na graduação na área da saúde, respectivamente com a necessidade de mudanças de paradigmas, o que é um consenso no Brasil, isto é, uma mudança do paradigma flexneriano para o da integralidade. Além do mais, tal visão também deve ser envidada sob o enfoque das doenças para o ponto de vista da saúde, da transmissão da informação para a construção do conhecimento constante, da compartimentalização disciplinar para a integralidade, do hospitalocentrismo para a diversidade de cenários de ensino-aprendizagem, da centralidade do saber docente para a escolha de conteúdos baseada nas necessidades sociais, entre outros.

Essas mudanças objetivam atender o perfil traçado pelas diretrizes curriculares, sendo que tais diretrizes têm como objeto:

a construção de um perfil acadêmico e profissional para enfermeiras(os) com competências e habilidades, através de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais. A sua intencionalidade volta-se para o oferecimento de diretrizes gerais para que o processo de formação possa desenvolver a capacidade de *aprender a aprender* que engloba *aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade. (LOPES NETO *et al*, 2007, p.629)

Assim, torna-se um desafio para o ensino das ciências da saúde, em especial a enfermagem, a busca da inter e transdisciplinaridade, bem como de mecanismos que possam atender o perfil, ou seja, profissionais que respondam as demandas sociais contemporâneas, isto é, humanistas e técnicas, dotadas de conhecimentos, habilidades psicomotoras, atitudes, comportamentos éticos e compromisso social.

3.2 - Necessidades Religiosas e Espirituais à luz da Integralidade do Cuidado

Inicialmente, cabe ressaltar que as necessidades de saúde nesta tese terão como referencial quatro autores, quais sejam: Stotz (1991), Tocantins (1993), Cecílio (2001) e Mattos (2001).

Tomar necessidades de saúde como objeto das práticas em saúde, implica adotar uma noção de saúde que considere a inserção dos indivíduos em diferentes grupos sociais. Isso significa que o objeto das práticas em saúde é amplo, abrangendo, além da dimensão biológica, as seguintes dimensões: cultural (religiosa), econômica, ecológica e política. No processo de produção de serviços de saúde, os processos de trabalho deveriam tomar como finalidade o atendimento das necessidades de saúde dos grupos sociais que constituem um território (STOTZ, 1991).

Para Tocantins (1993) deve-se ampliar a questão da assistência de enfermagem, entendendo que esta não deve ficar restrita apenas quanto às necessidades básicas preestabelecidas, mas, principalmente, envolver as necessidades assistenciais sentidas e expressas pela clientela.

Cecílio (2001) afirma que podemos trabalhar com a ideia de que existem necessidades diferentes ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de construção da autonomia no modo de andar na vida e que existem muitas necessidades distorcidas e ocultadas que merecem ser reveladas.

De acordo com Mattos (2001) as necessidades dos usuários não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças, sendo assim, é inaceitável que os serviços de saúde não estejam organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população que atendem.

Desse modo, as necessidades religiosas e espirituais dos usuários devem ser consideradas e valorizadas no exercício profissional do enfermeiro, de forma que, deve-se realizar uma reflexão acerca da atual gestão acadêmica dos cursos de enfermagem, pois, é no âmbito acadêmico que os futuros enfermeiros aprendem as primeiras lições de cuidar.

A religiosidade e espiritualidade se faz presente na vida da maioria dos seres humanos, desde que o mundo é mundo, e que há a crença intrínseca em um ser superior. Ela é intimamente ligada à fé⁷ religiosa e a religião.

Para Lago (1991, p.5):

a história religiosa descreve que a maioria dos homens, desde a criação do mundo, demonstrava a sua religiosidade utilizando vários tipos de manifestações, com a finalidade de cultuar Deus ou outro objeto considerado como entidade Divina, na expectativa de encontrar paz, bem como a cura para os seus males.

A religiosidade pode ser considerada como a operacionalização da crença religiosa, ou seja, a fé, assim como a manifestação da crença por meio de doutrinas e rituais próprios e qualquer filiação a um sistema específico de pensamento ou crença, que envolve uma postura filosófica, ética, metafísica (HOUAISS, 2004).

Com apoio em Cassier (1994), a religiosidade pode ser considerada como o sentimento de solidariedade de vida; de bom relacionamento consigo mesmo, com os outros e com a natureza. Para Oliveira (2006), trata-se da capacidade de vivenciar a experiência religiosa, o que traz consigo uma outra capacidade, que é produzir ou mobilizar energia interior, modificadora de atitudes e comportamentos.

No que tange à definição da espiritualidade humana, de acordo com Hatcher *apud* Sefidvash (1997, p.1): “é o processo de um desenvolvimento pleno, adequado, apropriado e harmônico das capacidades espirituais do homem”. Sendo que, as capacidades espirituais são aquelas relacionadas com o intelecto ou a compreensão (raciocínio, memória, percepção e imaginação); e o sentimento ou do “coração” (amor, intuição, compaixão e bondade e a vontade ou volição; a capacidade de iniciar e continuar uma ação).

Brunner & Sudart (2002) descrevem que a espiritualidade se relaciona com a verdade de cada pessoa, envolvendo conceitos tais como: amor, sabedoria, honestidade, imaginação, compaixão, reverência e moralidade. Constata-se, então, que religiosidade se manifesta no comportamento do indivíduo, enquanto espiritualidade reflete no “jeito de ser” do sujeito.

⁷ Fé: convicção, crédito na existência de um fato; crença nos dogmas e doutrinas de uma religião, confiança, crédito, asservação de um fato, crença inabalável que não atende argumentos, crença firme e cega, crença religiosa. FERNANDES, F. **Dicionário Brasileiro Globo**. 52 ed. São Paulo: Globo, 1999.

Para Gaarder (2000) a religião e a sua respectiva religiosidade desempenham um papel bastante significativo na vida social e política das pessoas em todas as partes do globo. Além disso, também é útil ter um conhecimento religioso sólido num mundo que se torna cada vez mais multicultural, pois, o estudo das religiões se revela importante para o desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo, o que reforça a tese da importância dos profissionais de saúde conhecerem a religiosidade e a espiritualidade dos usuários. E mais, na atualidade fica difícil até mesmo compreender adequadamente uma política internacional, que não leva em consideração a religião e a religiosidade apregoada pelos indivíduos.

Precisamos compreender que a religiosidade está inserida no saber popular, como vem demonstrando os estudos de Valla (2001), Valla & Cerqueira (2003). O saber popular advém do saber do senso comum, que, para Turato (2003, p.57):

é o conjunto de conhecimentos constituídos principalmente de opiniões e modos acrílicos de perceber a realidade, embora costumem mesclar-se de conhecimentos advindos de outras naturezas (científicos, filosóficos, empíricos, religiosos) e incorporados ao pensamento das pessoas comuns (não - acadêmicas) devido a um forte processo de popularização, devido a um forte processo de sua popularização.

É indiscutível que a religiosidade e espiritualidade também faz parte do conhecimento adquirido através do senso comum – inserido no modelo humano-cultural. Sendo assim, e, considerando os paradigmas refletidos pela pós-modernidade, faz-se necessária uma articulação com o saber científico, e, por via de consequência, seja incorporada nas práticas dos profissionais de saúde.

Teixeira (2001, p.40) diz que:

os saberes científicos⁸, ainda são os dominantes no paradigma moderno (reducionista), o qual o modelo clínico se faz representante, porém, eles estão sendo complementados por outros saberes, os quais são transmitidos oralmente, tais como, os oriundos de tradições e sabedorias ancestrais.

⁸ Conjunto de assertivas que partiram de hipóteses de investigação que então as sistematizaram em forma de teoria, com emprego de métodos de estudo e de comprovação reconhecidos pelo rigor acadêmico. TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p.57.

Santos (1989) propõe como um modelo de aplicação do conhecimento científico pós-moderno, a aplicação edificante. Em linhas gerais, refere-se a uma ciência ética e socialmente comprometida com o impacto de suas aplicações, que procura e reforça as definições emergentes e alternativas da realidade, promovendo a argumentação e a solidariedade. Uma ciência que se abre aos saberes locais e procura criar sujeitos socialmente competentes.

O indiano Amit Goswami, um dos mais importantes físicos da atualidade, após 30 anos tentando buscar – em vão – atender todas as exigências da razão do materialismo, vivencia atualmente, influenciado por Capra em “*O Tao da Física*”, um novo padrão científico, tendo alçado o seguinte conceito fundamental: a consciência é a base da existência. Para este físico, a velha ciência compreendia o homem apenas a partir do seu comportamento condicionado, de modo que, o novo paradigma aborda os aspectos criativos e inovadores e que, finalmente, a física poderá se conectar com a psicologia e a espiritualidade, enquanto que, a contrário *sensu*, o materialismo afasta todos esses fatores sem encontrar conciliação (FIGUEIREDO, 2007).

Para o físico supracitado, a medicina alopática encara o ser humano como uma máquina, porém, é cada vez mais frequente no ocidente, o emprego de terapias baseadas na energia vital, tais como a homeopatia, a acupuntura e a ayurveda⁹. Para ele, a física quântica propõe a união delas com a ciência acadêmica, abrindo caminho para a medicina do futuro. Aliás, atualmente já existe uma corrente que defende a tese de que as visões religiosas e científicas são complementares, inclusive na explicação de fenômenos naturais.

Nestes termos, a cientificidade deve ser um complemento dos outros saberes e não a única a ser considerada. “Do ponto de vista antropológico, sempre existiu uma preocupação do homem com o conhecimento da realidade [...] a cientificidade deve ser pensada como idéia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos” (MINAYO, 2004, p.9).

⁹ Conhecida como ciência da vida, medicina indiana, propõe que ser saudável é uma condição natural do ser humano. Já a doença é consequência do desequilíbrio do corpo vital chamado prana, energia vital. Nessa versão da medicina do corpo espiritual a saúde é promovida integralmente, por meio de tratamentos com plantas, exercícios respiratórios, nutrição e estabelecimento de equilíbrio entre corpo, mente e espírito. FIGUEIREDO, P.H. de. O médico quântico: a cura pela energia vital. **Rev Nova Consciência**. São Paulo. Ano 1, n. 2, 2007.

Na sociedade ocidental a ciência é a forma hegemônica de construção da realidade, considerada por muitos críticos, dentre os quais Morin (1996) & Kuhn (1995), como um novo mito, paradigma moderno (reducionista), por sua pretensão de ser o único promotor do critério da verdade. Não obstante, é permeada por conflitos e contradições, tal como o embate sobre a cientificidade das ciências sociais, em comparação com as ciências da natureza.

A moderna medicina científica tem enfatizado excessivamente a abordagem reducionista e desenvolveu suas disciplinas especializadas a um ponto tal que os profissionais de saúde, com frequência, já não são capazes de vislumbrar a enfermidade como uma perturbação do organismo todo, nem tratá-la como tal (CAPRA, 1997).

Cabral *apud* Teixeira (2001, p.41) salienta a relevância da aliança entre os saberes científicos e o senso comum, afirmando que: “a academia não deve apenas se filiar ao pensamento científico, mas também ao pensamento que está no senso comum. Daí a necessidade de se encontrar estratégias de viabilização de alianças de saberes.”

Neste estudo a concepção de religiosidade e espiritualidade é interpretada como sendo um fator intrínseco ao comportamento do indivíduo, que, por via reflexa, é formatado em consonância com os respectivos valores familiares e sociais. Em suma, os padrões comportamentais gerais e específicos da sociedade ditam – direta ou indiretamente – “o modo de andar na vida” desta família, restando nítido, pois, a necessidade da incorporação destes valores nas atividades profissionais.

Para Acioli & Monteiro (2004, p.194):

O cuidado surge como uma prática que ganha sentido de acordo com os interesses e necessidades dos sujeitos envolvidos, sendo entendido como uma prática que articula saúde, doença e também o contexto socioeconômico e cultural em que se inserem os sujeitos. Nesse sentido, trata-se de um cuidado percebido com prática integral, cooperativa e culturalmente situada.

Diante deste panorama, à medida que as práticas religiosas e espirituais dos usuários são debeladas, na mesma proporção são ignoradas a experiência e a tradição cultural dos mesmos. Dessa maneira, compulsando as literaturas sobre religiosidade, espiritualidade e saúde, notadamente nos levantamentos bibliográficos, percebe-se a importância da religiosidade e/ou espiritualidade no cotidiano das pessoas no que se refere à saúde e à

doença. Assim, alguns estudos levantados no estado da arte corroboram a importância da vertente temática.

Estudos antropológicos demonstram que a dimensão religiosa continua presente e faz parte da compreensão do processo de adoecimento (IBÁNEZ & MARSIGLIA, 2000).

Siqueira *et al* (2006) descrevem que os usuários antes de buscarem o serviço de saúde, na maioria dos casos, costumam utilizar recursos populares em busca de solução para seus problemas de saúde, dentre os quais: chás caseiros, banhos, emplastos, alimentos e benzeduras. Destacou-se, também, que os raizeiros, benzadeiras e rezadeiras adquirem um significado importante dentro do processo saúde-doença, tendo em vista que oferecem na maioria dos casos, a “explicação do inexplicável” dentro do modelo biomédico. Concluem que a assistência oferecida pelos profissionais de saúde deve se fundamentar em uma abordagem mais ampla do indivíduo, o qual deve ser tratado como um sistema complexo, devendo considerar tanto os aspectos sócio-culturais como relevantes, quando se avalia o indivíduo como um ser integral.

Kreutz, Gaiva & Azevedo (2006) evidenciaram a mudança na postura dos profissionais de saúde, de forma a aproximar o cliente com o profissional e com seus valores e crenças. Ressaltam que no grupo pesquisado, a procura por profissionais de saúde ou serviços de medicina oficial ocorre, em geral, em última instância. Propõem um questionamento sobre as verdades instituídas na prática do profissional de saúde, adotando uma postura que permita uma abordagem holística do indivíduo, tendo em vista a enorme diversidade cultural do nosso país.

Gil, Gimeno & González (2006) tiveram como objetivo descrever a situação acadêmica da enfermagem espanhola em relação à sua base de conhecimentos em antropologia dos cuidados e analisaram a importância que adquire esta base de conhecimentos e a sua respectiva implicação no futuro. Analisaram durante a graduação, que existe uma incipiente presença de disciplinas que focam a antropologia da saúde e a antropologia do cuidado. Concluíram que se torna essencial redefinir as situações de cuidado na academia, incorporando novas abordagens, seja do campo da enfermagem ou de outras disciplinas.

Salgado, Rocha & Conti (2007) realizaram um estudo que teve como objetivo identificar as dificuldades dos enfermeiros na abordagem de questões religiosas dos clientes

no cuidar. Constataram que existem inúmeras dificuldades e que estas, em sua grande parte, ocorrem pela falta de espaço na formação acadêmica e no ambiente profissional para discutir crítica e abertamente esta temática. Reforçam, ainda, que se este tema continuar sendo um tabu, manterá o cuidado fragmentado, além de negligenciar a assistência psicoespiritual ao cliente, o dever profissional e o direito do cliente.

Ainda na visão das autoras supracitadas, para se ter uma visão integral do ser humano, é preciso admitir a existência da alma ou do espírito, bem como o poder de comando que estes exercem sobre o organismo. Enfatizam, por fim, que se trata de questão polêmica no âmbito da ciência, e, conseqüentemente, da saúde, já que os profissionais mantêm uma postura reservada e insegura.

Verifica-se, por tais razões, que é de extrema relevância o conhecimento e a incorporação das religiões e das práticas religiosas dos usuários na prática profissional do enfermeiro. Todavia, para o alcance deste desiderato – consolidação da integralidade do cuidado –, é fundamental, como passo inicial, a difusão das “ferramentas” profissionais que devem ser manejadas para tanto. Com fulcro nesta linha de raciocínio e, considerando o relevo das necessidades religiosas e espirituais da população sob a ótica da integralidade do cuidado, nota-se que tais necessidades devem ser consideradas e estimuladas no exercício profissional do enfermeiro.

Assim, devemos considerar não só o aspecto biológico no processo saúde-doença, mas também os aspectos sociais de um modo geral. Sendo assim, a religiosidade, a espiritualidade e as práticas religiosas ou espirituais devem ser fatores sempre presentes, pois, compõem os costumes, os hábitos, os valores e a expressão da vida social. Nesse sentir, cabe denotar o posicionamento de Campos (1994), quando exorta que a saúde não pode ser vislumbrada em detrimento das feições socioculturais.

Frise-se que o respeito à religiosidade e à espiritualidade de quem é cuidado, assim como à sua visão de mundo e às suas opiniões, são pré-requisitos para a coexistência humana, isto é, a tolerância e o respeito pelas pessoas são palavras-chave quando discutimos essa temática, uma vez que, inúmeras vezes a intolerância ocorre pelo desconhecimento do assunto. Isso porque, quem enxerga uma religião pelo prisma externo, vislumbra apenas, comumente, suas manifestações negativas, e não o que, de fato, significa para o indivíduo que está a professando.

Cecílio & Mehry (2003) defendem que o atendimento integral se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva, requerendo o desenvolvimento do aprendizado e da prática da escuta ao “modo de andar na vida” do outro, na explicação do processo saúde-doença-qualidade de vida-cuidado, na orientação terapêutica e na proteção das condições protetoras da própria vida.

No que tange à integralidade do cuidado como referencial, será buscado como apoio o entendimento de Mattos (2001). De acordo com este autor, não devemos perquerir uma definição para a integralidade, na medida em que, se assim fizermos, poderemos abortar alguns de seus sentidos e silenciar algumas indignações de atores sociais que lutam por uma sociedade mais justa. Devemos, sim, tomar a integralidade como princípio orientador das práticas, da organização do trabalho, da organização das políticas, de forma que a integralidade resulte na recusa ao reducionismo, na objetivação dos sujeitos e talvez na afirmação da abertura para o diálogo. De acordo com o autor em voga, não devemos conceitualizar a integralidade para não cristalizar outras práticas futuras ainda não existentes, deixando-a respaldada na qualidade de princípio indeterminado.

Desta feita, para alcançar a integralidade do cuidado algumas reflexões devem ser feitas, tais como a boa prática profissional e as necessidades de saúde ampliadas, que, na interpretação de Mattos (2001), diz respeito ao acolhimento, à escuta, à relação com o cotidiano, aos itinerários terapêuticos que os usuários percorrem devido ao sofrimento difuso como devidamente pontuado por Silva Junior & Mascarenhas apud Mattos (2001), e as relações de oferta e demanda dos serviços de saúde, descritas por Pinheiro (2001).

Mattos (2004) quando discute integralidade no cuidado, aborda uma apreensão e uma leitura ampliada das necessidades de saúde das pessoas, explicitando que estas necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina, como a epidemiologia ou como a clínica. Ainda de acordo com o raciocínio trilhado pelo aludido autor, indaga-se sobre a possibilidade de contribuir, mesmo que modestamente, para uma vida decente, ou seja, através de um cuidado prudente, pautado na integralidade e na apreensão ampliada das necessidades dos usuários.

Dessa forma, é factível que o cuidado para ter sentido deve, dentre outros aspectos, contextualizar o indivíduo culturalmente, e, assim, ser percebido como uma prática integral.

Nesse passo, a gestão acadêmica de enfermagem precisa focar práticas integrais de forma a facilitar o enfermeiro em sua atuação profissional.

Trevizan (2000) *apud* Gussi & Dytz (2008) descreve que, ao analisar a dimensão moral e a ação ética no trabalho gerencial do enfermeiro, “a dimensão espiritual sustenta e supera a intelectual, a estética e a moral”, e destaca ainda que, o homem integra a dimensão espiritual em sua vida mesmo que não a reconheça. As autoras concluem que “a crise enfrentada atualmente pelo homem e que o ameaça em sua dimensão humana tem afetado as instituições de saúde e a enfermagem, danificando seu tecido social, em consequência da insuficiência interior decorrente da ausência de espiritualidade”.

Gibertoni (1967) *apud* Gussi & Dytz (2008) considera que independente da crença religiosa do enfermeiro, ele deve conhecer as religiões de seus pacientes e por todas as maneiras, encorajar e reforçar essas crenças. Para esta autora, “o poder da fé é inigualável, e o conforto e a segurança que a religião oferece é um estímulo à vida”. Enfatiza ainda que, tanto o trabalhador como o usuário dos serviços de saúde devem ser cuidados na íntegra de suas dimensões física, emocional, intelectual, social, cultural, espiritual e profissional.

Por derradeiro, fato é que as necessidades religiosas e espirituais dos clientes compreendidas em consonância com o juízo assinalado por Stotz (1991), Tocantins (1993), Cecílio (2001) e Mattos (2001) devem ser consideradas de forma a materializar a integralidade do cuidado. Percebeu-se, inclusive, nos termos do entendimento acima esposado, tendo como base Mattos (2005 & 2001), Cecílio & Merhy (2003) e Pinheiro (2001), que a integralidade do cuidado não existe se as necessidades, incluídas aí, as religiosas e espirituais, não forem observadas.

3.3 - Exercício Profissional do Enfermeiro sob a ótica da Constituição Federal, do Código de Ética de Enfermagem e do Sistema Único de Saúde

Como referencial na análise das questões concernentes ao exercício profissional do enfermeiro, serão empregadas como base teórica especialmente a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), a Resolução COFEN n° 311/2007 (COFEN, 2007), bem como a Lei n° 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Cumprido elucidar, inicialmente, que a saúde é um direito de todos e, sobretudo, um dever do Estado, consoante preceitua a inteligência do artigo 196 da Constituição da República¹⁰. Entretanto, sobreleva advertir que a eficácia deste dispositivo constitucional se classifica por ser limitada, isto é, para que esta norma produza regularmente os seus efeitos, necessita de regulamentação sucedida por legislação infraconstitucional. Com esta finalidade, foi implementado no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), corporificado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990¹¹.

O Estado brasileiro, portanto, sob a égide deste sistema único de saúde, com vigência em todo o território nacional, tem a responsabilidade pela prestação do referenciado serviço, o que perpetra através de uma rede regionalizada e hierarquizada. É conveniente salientar, por oportuno, que a propalada competência única no âmbito do serviço de saúde, de natureza tanto administrativa (comum, artigo 23, inciso II¹²) quanto legislativa (concorrente, artigo 24, inciso XII¹³) dos entes da federação – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – tem fundamento de validade no texto da Carta Constitucional.

Nestes termos, o artigo 198 da Constituição da República, especialmente nos incisos I, II e III, estabelece as diretrizes que devem pautar o desenvolvimento do plexo de atividades adotadas pelo SUS, são elas: “inciso I - a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; inciso II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e inciso III - participação da comunidade”.

A Lei nº 8.080/90 por seu turno, complementado as diretrizes apontadas acima, estabelece no artigo 7º e nos incisos respectivos, os seguintes princípios que devem direcionar a prestação do serviço de saúde: “inciso II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de

¹⁰ Constituição Federal de 1988 - “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

¹¹ Lei nº 8.080/90 - “Art. 1º. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”.

¹² Constituição Federal de 1988 - “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”.

¹³ Constituição Federal de 1988 - “Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII - previdência social, proteção e defesa da saúde”.

complexidade do sistema; inciso III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; e inciso IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.”

Em que pesem as diretrizes constitucionais condutivas da relevante atividade desempenhada pelo SUS, bem como os próprios princípios norteadores do SUS, é pertinente registrar que ambos encontram baliza notadamente no princípio da Dignidade da Pessoa Humana – artigo 1º, inciso III CF –, bem como nos direitos e garantias fundamentais do indivíduo, – artigo 5º CF –, estes com destaque para o respeito à privacidade, à intimidade, à moral, à vida, ao direito de crença e religião.

Para Ramos (2004) o SUS foi elaborado com a perspectiva de romper com a concepção de saúde como ausência de doença, tornando-se necessário desenvolver práticas que valorizem aspectos mais humanizantes. Assim, é exigido que os profissionais sejam mais abertos e integrados com as perspectivas e os saberes do cliente, dentre eles os religiosos e os espirituais.

Destarte, o Código de Ética de Enfermagem (Resolução COFEN nº 311/2007), nomeadamente o artigo 18, traça como finalidade para o profissional da enfermagem o respeito, o reconhecimento e a realização de ações que garantam o direito da própria pessoa, ou em casos especiais, do seu representante legal, de tomar decisões sobre a saúde, o tratamento, o conforto e o bem-estar. Com este mesmo fim, o artigo 19 da Resolução citada, destaca que o enfermeiro deve respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo o seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte do cliente.

De acordo com Puplim & Sawada (2002), para que haja interação entre o enfermeiro e o cliente é importante conhecer a sua natureza física, cultural, espiritual, social e psicológica, tendo em vista que estes aspectos são significativos para estabelecer confiança junto ao mesmo, de modo a lhe transmitir uma sensação de segurança, apoio e conforto. Infere-se, diante disso, a importância do enfermeiro ser compassivo, no intento de compreender e respeitar a sistemática dos valores e crenças do cliente, muito embora não guarde correspondência com a sua.

Inclusive, o próprio legislador constituinte traduziu essa face ajustada na proibição de discriminação e preconceito de qualquer forma, no preâmbulo da Carta Constitucional

de 1988, que, muito embora não tenha conteúdo normativo autônomo, serve como reflexão do sentimento esposado, *in verbis*:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

E mais, apesar do Brasil não possuir uma religião oficial, visto que se trata de um Estado laico, a Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, no momento da promulgação da Carta Constitucional, invocou a proteção de Deus, conforme denota a íntegra do preâmbulo acima destacado. Isto, no mínimo, faz crer a importância da religiosidade e da espiritualidade na vida dos brasileiros.

Corroborando o posicionamento aqui asseverado, não há no ordenamento jurídico pátrio, espaço para sustentar quaisquer atitudes discriminatórias não só no deslinde da atividade profissional do enfermeiro, mas também em qualquer outra seara. Já que, constitui objetivo fundamental da República Federativa do Brasil – artigo 3º CF –, a promoção do bem de todos, sem admitir, contudo, preconceito e discriminação de nenhuma natureza.

O enfermeiro, aliás, conforme funda o artigo 15 do Código de Ética de Enfermagem (Resolução COFEN nº 311/2007), terá que prestar uma assistência sem discriminação de qualquer natureza. Assim, é defeso ao enfermeiro no exercício da sua profissão impulsionar atos de cunho eminentemente discriminatório, ou seja, impor restrição ou vantagem em virtude tão-somente da crença ou da religião abraçada pelo cliente.

Ainda sob o trilho do Código de Ética de Enfermagem (Resolução COFEN nº 311/2007), com lastro especificamente no artigo 6º, o enfermeiro deve fundamentar o exercício da sua profissão no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica. O que, inexoravelmente, não salvaguarda uma

postura profissional envidada em atitudes preconceituosas e discriminatórias, ante a liberdade de escolha de religião e crença¹⁴.

Portanto, é imperioso verificar que a intimidade e a moral do cliente deve ser preservada em todas as vertentes. Com isso, fica claro que a preocupação do enfermeiro não deve se limitar tão-somente na preservação da vida do cliente, mas também numa assistência com a observância de todas suas necessidades, como por exemplo, as religiosas e as espirituais.

Koenig (2005) exemplifica que na área hospitalar, em virtude de inúmeras ocorrências práticas, os seguidores da religião Testemunhas de Jeová se recusam a se submeter ao procedimento de transfusão sanguínea, mesmo nos casos extremamente necessários, demonstrando claramente com esta atitude, a prioridade da sua intimidade e privacidade por convicções religiosas, em detrimento do seu direito à vida.

Os adeptos desta religião justificam o posicionamento supracitado, afirmando que se sentirão rejeitados e até mesmo excluídos pelos familiares, amigos e membros da sua comunidade religiosa, caso sejam submetidos ao procedimento de transfusão de sangue, provocando, assim, um abalo irreversível na sua dignidade humana. Mas por outro lado, também deve ser levado em consideração o compromisso e a ética do enfermeiro com a manutenção da saúde, da vida do cliente.

Em decorrência deste impasse, na prática costuma emergir a discussão acerca de qual direito constitucional deve ser salvaguardado, isto é, a vida¹⁵ do cliente deve ser protegida com a realização da transfusão sanguínea, ou a intimidade e a privacidade¹⁶ decorrente da convicção religiosa do mesmo deve ser respeitada, mesmo que para isso, haja risco para a sua vida?

Como solução deste impasse, costuma-se utilizar a propalada técnica de ponderação dos princípios constitucionais em conflito. Como é cediço, as normas constitucionais não possuem grau hierárquico, possuem o mesmo valor axiológico, então, a mencionada técnica

¹⁴ A liberdade de escolha da crença e da religião é considerada um direito fundamental, e pode ser constatada através de uma interpretação sistemática dos incisos VI, VII e VIII, todos delineados no artigo 5º da Constituição Federal.

¹⁵ Direito fundamental à vida, previsto no caput do artigo 5º da Constituição Federal, fixado nos seguintes termos: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...).”

¹⁶ Direito fundamental à intimidade e privacidade, previsto no inciso X do artigo 5º da Constituição Federal, estabelece o seguinte: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

é manejada casuisticamente para identificar diante a situação hipotética, quais são os valores considerados mais robustos.

Frise-se que, esta ponderação terá validade apenas quanto ao caso analisado, já que, nada impede que num mesmo episódio os valores constitucionais resguardados sejam distintos. Até porque, o conflito será submetido à apreciação do Poder Judiciário e a decisão dependerá da análise de cada magistrado e, conseqüentemente, dos valores por eles tidos como mais relevantes.

Ocorre que, ponderar o direito fundamental à vida de um lado e os direitos fundamentais à intimidade, à privacidade e à liberdade por motivo de convicção religiosa de outro, não é tarefa nada simples.

No entanto, as razões aqui expostas nesta tese, fazem crer que o direito à escolha por não querer se submeter à transfusão de sangue, alegando convicções de foro religioso, deve prevalecer como reflexo da prestação do cuidado integral. Neste caso, os princípios e valores constitucionais da convicção religiosa, da intimidade e da privacidade quando violados, poderiam provocar um abalo tão profundo na dignidade humana destas pessoas – adeptos da religião Testemunhas de Jeová –, que, por vezes, um adepto mais ortodoxo poderia até mesmo cogitar a própria morte como uma melhor solução, do que a manutenção da sua vida com a realização da transfusão de sangue. Isso porque, a vida perderia sentido, considerando a ruptura do vínculo religioso com a sua comunidade de fé.

O Código Civil pátrio também pode ser trazido à colação como embasamento legal, para impedir eventual intervenção realizada por enfermeiros em clientes que se enquadrem na situação em análise. O artigo 15¹⁷ do aludido diploma legal, ressalta a impossibilidade de constrangimento de qualquer pessoa com risco de vida, a tratamento ou a intervenção cirúrgica, tal como demandaria uma transfusão sanguínea.

O enfermeiro no exercício da profissão deve respeitar e conhecer o cliente, de forma que a atividade da enfermagem deve atender os pressupostos éticos. Assim, o art. 1º do Código de Ética de Enfermagem (Resolução COFEN nº 311/2007) esclarece que a profissão deve ser exercida com liberdade, autonomia e ser tratada segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

¹⁷ Código Civil - “Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

Além disso, a intimidade do cliente deve ser preservada, na medida em que o cuidado não deve ser apenas físico, mas também mental e social consoante verbera o parágrafo único do 3º da Lei 8.080/90.

Assim sendo, o cuidado integral no que concerne ao respeito e à observância da religiosidade e espiritualidade, possui grande relevância na atuação profissional do enfermeiro, sobretudo com relação à sua competência para a promoção do ser humano na integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

Finalmente, infere-se que a gestão acadêmica focada no exercício profissional do enfermeiro, levando em consideração os preceitos constitucionais, bem como os princípios e as normas orientadoras do SUS, traduz-se num fator preponderante para minimizar eventuais arbitrariedades que possam contrariar o entendimento e a prática da integralidade do cuidado.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

"Do meu telescópio, eu via Deus caminhar! A maravilhosa disposição e harmonia do universo só pode ter tido origem segundo o plano de um Ser que tudo sabe e tudo pode. Isto fica sendo a minha última e mais elevada descoberta."

Isaac Newton

4.1 - Tipo de estudo e abordagem metodológica

As pesquisas científicas podem ser classificadas quanto à natureza, aos seus objetivos, aos seus procedimentos e ao objeto. As classificações da pesquisa quanto aos seus objetivos são: exploratória, descritiva e explicativa. Com alicerce nos objetivos delineados nesta pesquisa, trata-se de um estudo descritivo e exploratório.

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maiores informações sobre determinado assunto, delimitar um tema, definir os objetivos ou formular hipóteses de uma pesquisa, e, por isso, é o primeiro passo de todo trabalho científico. A pesquisa descritiva tem como objetivo observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos, sem que, com isso, o pesquisador interfira neles (ANDRADE, 2003).

A abordagem metodológica utilizada é a qualitativa. Esta costuma ser descrita como holística por estar preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades, e naturalista porque não impõe qualquer limitação ou controle ao pesquisador. Além disso, estuda a subjetividade e se aprofunda mais na análise dos discursos, do que em resultados quantitativos (MINAYO, 2004).

De acordo com Minayo (2004, p.21):

A pesquisa qualitativa responde a muitas questões particulares, ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Consoante as considerações explicitadas por Minayo (1994), foi escolhida a pesquisa qualitativa, por entender que diante do contexto, ante o aspecto social do presente estudo, será trabalhado o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Segundo Polit & Hungler (1995) tal abordagem se baseia na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis através da descrição da experiência humana, a forma como é vivida e como é definida pelos seus próprios atores.

Considerando a abordagem interpretativa do objeto do estudo em voga, acredita-se que o caminho metodológico de natureza qualitativa, seja o mais apropriado para conduzir a investigação. Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, se preocupa com as ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Bogdan & Biklen (1994), cinco características básicas configuram a pesquisa qualitativa: ter o ambiente natural como fonte direta dos dados, o pesquisador como principal instrumento; os dados coletados são predominantemente descritivos; os

pesquisadores se preocupam com o processo e não apenas com os resultados e o produto; os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente e o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

O tipo de pesquisa de acordo com os instrumentos de coleta de dados foi a pesquisa de campo. Marconi (1990, p.75 *apud* ANDRADE, 2003, p. 127), diz que a pesquisa de campo pode ser definida como

aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou uma hipótese, que se queira comprovar ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

De acordo com Cerro & Bervian (2002) a pesquisa de campo usa técnicas específicas, que tem por finalidade recolher e registrar ordenadamente os dados relativos ao escolhido como objeto de estudo, utilizando as técnicas de entrevista, o questionário, o formulário, o teste, dentre outras.

4.2 - Aspectos éticos da pesquisa

Ressalta-se que ao escolher a pesquisa de campo, não podemos deixar de abordar sobre os aspectos que envolvem a eticidade da pesquisa, nos termos do que dispõe a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Segundo Brasil (2006a, p.3), devem ser observados os seguintes princípios éticos:

Autonomia – devendo ter consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;

Beneficência - ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

Não Maleficência - garantia de que danos previsíveis serão evitados;

Justiça - relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária e equidade.

Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo os seres humanos, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

O Conselho Nacional de Saúde tem uma grande preocupação com os direitos daqueles que são instrumentos de pesquisas e procura oferecer suporte nesta área de pesquisa, através da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de modo a coibir eventuais abusos. Isso é possível graças ao Sistema Nacional de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), o qual pode ser acessado pela internet, recebendo informações dos respectivos Conselhos de Ética, que fazem as comunicações sobre as pesquisas que estão em andamento em todo território Nacional. Aí reside a importância e a obrigatoriedade de toda pesquisa ser aprovada pelo Conselho de Ética (BRASIL, 2006b).

Sendo assim, esta pesquisa foi encaminhada no dia 15/08/2008 – protocolo nº 62/08 –, para o Comitê de Ética da EEAN/HESFA (Apêndice A - carta de encaminhamento para o CEP) acompanhada dos seguintes documentos exigidos: cópia da folha de rosto nº 209727 do SISNEP (Apêndice B), devidamente preenchida e assinada; cópia do projeto incluindo o questionário (Apêndice C); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice D); Currículo Lattes/CNPq da pesquisadora e um CD contendo toda a documentação supracitada. Desta feita, aguardou-se a avaliação do CEP, de forma que, no dia 26/08/2008 a pesquisa foi devidamente aprovada, e, tão-somente após a aprovação, iniciou-se a coleta dos dados.

Ressalta-se ainda que, para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa após a coleta dos dados, estes foram ordenados por ordem de entrega e identificados em ordem crescente Q1, Q2, Q3, Q4 e assim sucessivamente.

4.3 - Cenário da pesquisa

A pesquisa em tela teve como cenário o Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), localizado no município de Niterói, criado em 5 de janeiro de 1999. Atualmente este Centro

Universitário oferece no total vinte e um cursos de graduação, sendo que cinco cursos são oferecidos para a formação de tecnólogos (UNIPLI, 2008).

O curso de graduação em Enfermagem do UNIPLI iniciou suas atividades no 1º semestre de 2004, em consonância com autonomia disposta na legislação. Foi criado no ano de 2004, por ato do Conselho Superior – Resolução COS 006/03. O curso de graduação em Enfermagem do UNIPLI é o maior do Estado do Rio de Janeiro, com aproximadamente 1.800 alunos, divididos nos três turnos – manhã, tarde e noite –, além de possuir um corpo docente altamente qualificado, composto em sua maioria por mestres e doutores (UNIPLI, 2008).

A coordenadora do curso de graduação em Enfermagem à época da criação, foi a professora Dr^a. Maria Stella Anunciação, ocupando o cargo até o primeiro semestre de 2006. Assumiu a coordenação do curso, em 2006, o professor Ms. Carlos Alberto Mendes, que ficou na instituição até o curso ser reconhecido pelo MEC, em abril de 2008, onde o curso de enfermagem obteve conceito final 4. Com a saída do mencionado professor, a professora Maisa Freire de Castro Araújo, ocupou o cargo de coordenadora interina, até que em setembro de 2008, a professora Ms. Patrícia Rosa Vieira – atual coordenadora – assumiu a coordenação do curso (UNIPLI, 2008).

Destaca-se que a partir de fevereiro de 2006, iniciou-se o processo de reconstrução do Projeto Político Pedagógico, realizado coletivamente através de oficinas. A reconstrução teve por base orientações teórico-metodológicas, direcionadas no sentido de promover a apropriação crítica das Diretrizes Curriculares Nacionais, para os Cursos de Graduação em Enfermagem, através dos movimentos coordenados pela ABEn e demais referências norteadoras da formação do enfermeiro, tendo a concepção da enfermagem como prática social. Assim, o currículo totaliza 4.000 horas (Matriz Curricular/Fluxo 4), integralizadas em um mínimo de 8 (oito) períodos e máximo de 12 (doze) períodos (UNIPLI, 2007).

Ressalta-se que foram criadas a Matriz Curricular/Fluxo 2 e 3, considerando os fluxos de transição, visto que os alunos do fluxo 1 estavam ingressando no 6º período neste mesmo semestre e, assim, já era possível uma adaptação dos alunos que eram anteriores a este período. A Matriz Curricular/ Fluxo 2 era para os alunos que iriam ingressar no 5º

período, isto é, no 2º semestre de 2006 e a Matriz Curricular/Fluxo 3 era para os alunos que iriam ingressar no 2º, 3º e 4º período, no 2º semestre de 2006.

Cabe salientar que os discentes da Matriz Curricular/ Fluxo 1 concluíram o curso no segundo semestre de 2007; os alunos da Matriz Curricular/ Fluxo 2 concluíram no primeiro semestre de 2008; e os alunos da Matriz Curricular/Fluxo 3 finalizaram o curso no segundo semestre de 2008, e alguns finalizarão no primeiro e segundo semestre de 2009. Os alunos da Matriz Curricular/Fluxo 4, de 4.000 horas, irão concluir o curso no primeiro semestre de 2010.

4.4 - Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos do estudo foram os acadêmicos de enfermagem do 8º (oitavo) período dos turnos da manhã, tarde e noite no segundo semestre de 2008. Ressalta-se que, estes alunos são da Matriz Curricular/Fluxo 3. O quantitativo de alunos inscritos no 8º (oitavo) período totalizava o número de 215.

O critério de seleção dos sujeitos se deu pelo fato de considerar que estes alunos por estarem concluindo o curso, já passaram por praticamente todas as disciplinas teóricas, só restando a disciplina de trabalho de conclusão de curso (TCC) e o estágio supervisionado II.

Como critério para incluir os sujeitos do estudo, foram utilizados 2 (dois): cursar o estágio supervisionando II, bem como o TCC. Quanto ao critério de exclusão, foram desconsiderados os acadêmicos que ainda estavam cursando junto com as disciplinas que foram os critérios de inclusão, as disciplinas de períodos anteriores.

Destaca-se que, o critério de exclusão adotado levou em consideração a possibilidade destes acadêmicos vivenciarem as disciplinas relativas à religiosidade e/ou espiritualidade e enfrentarem dificuldades na resposta do questionário, de modo que, fizessem também uma retrospectiva da sua formação acadêmica.

O convite para a participação dos sujeitos do estudo foi feito em três etapas. Inicialmente foram realizados contatos pessoalmente e por e-mail, nos meses de agosto a

setembro de 2008, com os 17 (dezessete) professores orientadores de TCC, solicitando a colaboração dos mesmos na entrega dos questionários e dos TCLE para os alunos. Nesse passo, foi realizado um levantamento do quantitativo de alunos por cada orientador e foi entregue para os professores cópias do questionário e do TCLE em número superior, para o caso de alguma necessidade.

Frise-se, ainda, que me coloquei à disposição com dias, horários, telefones e e-mails para sanar eventuais dúvidas dos acadêmicos, enfatizando a importância da leitura e da assinatura do TCLE, onde, neste último, está descrito o objetivo da pesquisa, assim como o anonimato e a garantia de que a participação na pesquisa é livre. Ao final, os questionários serão guardados por cinco anos e após este período serão destruídos, ou seja, incinerados. Sendo assim, nesta primeira etapa contei com a colaboração dos orientadores do TCC.

Antes de descrever a segunda etapa, é conveniente advertir que, os acadêmicos do 8º (oitavo) período não frequentam a instituição com muita assiduidade, tendo em vista que só realizam neste período o estágio supervisionado II e a orientação do TCC, sendo esta última é agendada diretamente com os orientadores. Assim, a colaboração dos professores orientadores de TCC foi de suma relevância.

Porém, ao findar o mês de setembro e iniciar o mês de outubro de 2008, o quantitativo de questionários – TCLE – não ultrapassava o quantitativo de vinte. Assim, foi realizado um novo contato com os professores orientadores e muitos alegaram ter entregado aos alunos, porém, os mesmos disseram que responderiam em outro momento e não tinham devolvido até então.

Na intenção de aumentar o quantitativo dos questionários, já que só estava com 10% da amostra, iniciou-se a segunda etapa para a captação dos sujeitos da pesquisa. Em outubro de 2008, participei de uma reunião organizada pela coordenadora de TCC e pessoalmente expliquei a pesquisa e pedi para os alunos que compareceram na referida reunião para participarem da minha pesquisa. Assim, distribuí mais questionários – TCLE – pessoalmente para os alunos que alegaram não ter recebido do orientador.

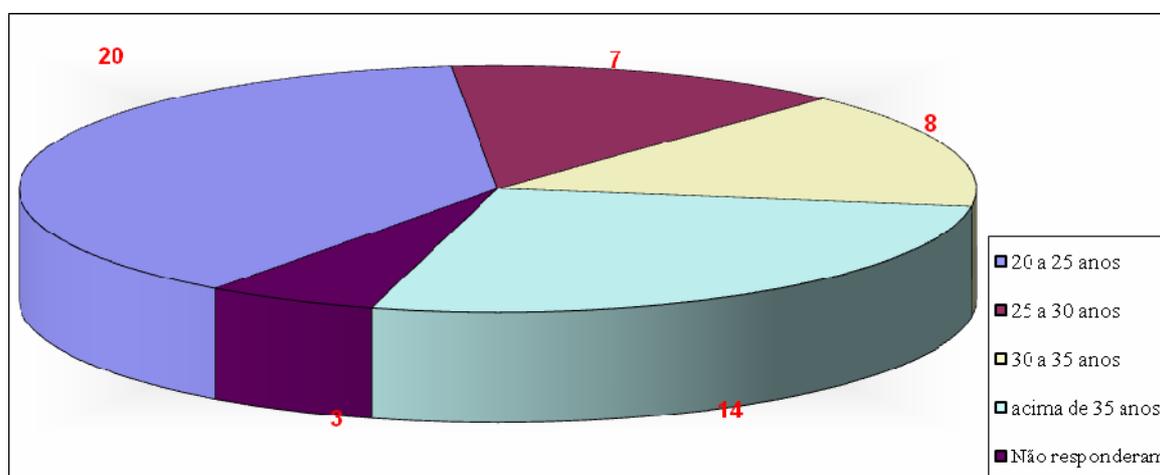
Ademais, ao iniciar o mês de novembro de 2008, fiz um levantamento dos preceptores de estágio e dos respectivos locais de estágio, e fui pessoalmente nestes locais com a intenção de aumentar o quantitativo. Porém, não considerei pertinente interromper a atividade de estágio para o preenchimento do questionário e pedi para que as próprias

preceptoras entregassem diretamente aos meus cuidados, na coordenação do curso de enfermagem, os questionários respondidos até a data de 15 de novembro – terceira etapa do convite.

Sendo assim, no dia 15 de novembro de 2008, chegou ao total de 52 questionários, ficando, então, para a análise desta pesquisa, o quantitativo de 52 sujeitos.

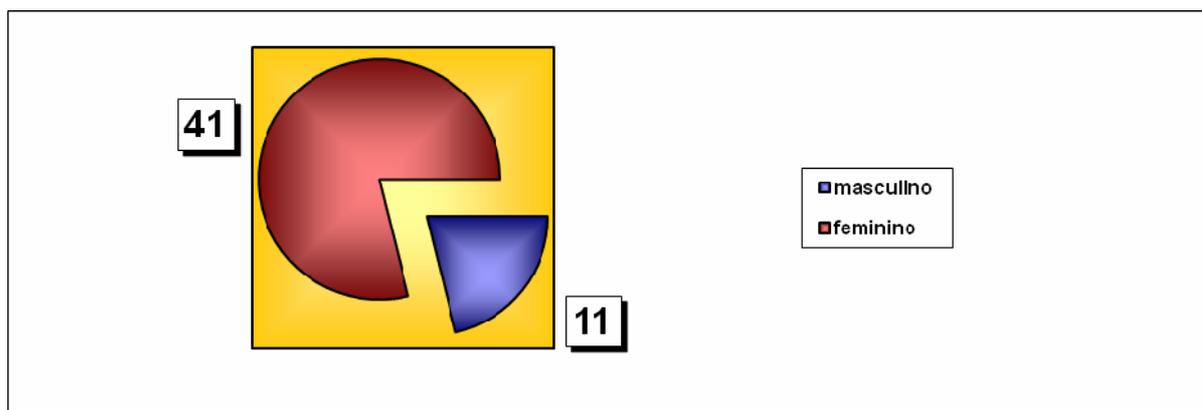
4.5 - Caracterização dos entrevistados

Apresenta-se, a seguir, a caracterização dos sujeitos de modo a facilitar a análise e, a partir disso, contextualizar os sujeitos deste estudo. O propósito foi fazer com que haja um conhecimento mais aprofundado do grupo estudado. Como dito, fizeram parte deste estudo, 52 (cinquenta) e dois acadêmicos do 8º período do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Plínio Leite. Destaca-se adiante de forma sumarária, a singularidade dos sujeitos, no que tange à idade, ao sexo, à religião e à formação técnica.



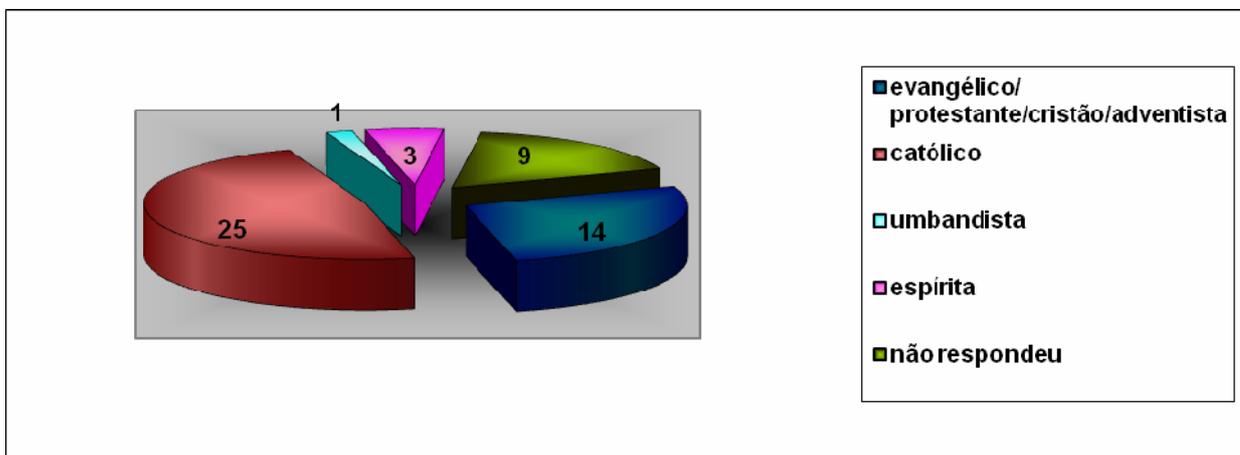
Quadro 1: Faixa Etária dos sujeitos do estudo.

Dos 52 discentes, 20 (38,4%) deles se encontram na faixa etária entre 20 a 25 anos, 7 (13,4%) na faixa etária entre 25 a 30 anos, 8 (15,4%) na faixa etária de 30 a 35 anos e 14 (27%) se encontram na faixa etária acima de 35 anos. Apenas 3 (5,8%) dos entrevistados não responderam a idade. Evidencia-se, dessa forma, que a maioria dos estudantes está na faixa etária entre 20 a 25 anos e acima de 35 anos.



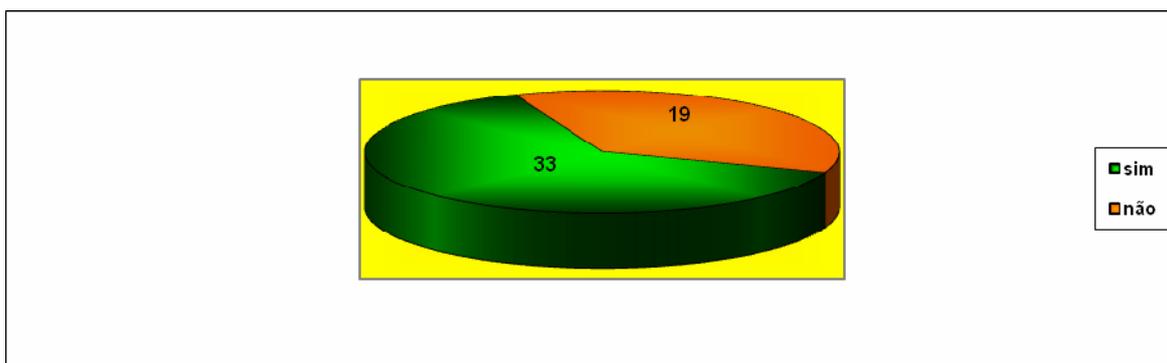
Quadro 2: Sexo dos sujeitos do estudo.

Dos 52 acadêmicos de enfermagem, 41 (78,9%) são do sexo feminino e apenas 11 (21,1%) são do sexo masculino, o que denota ainda a predominância do sexo feminino no curso de graduação em enfermagem. Assim, este dado ratifica a possibilidade de continuarmos com o maior contingente de profissionais do sexo feminino e sobre o qual se pode inferir que na enfermagem, ainda predomina questões de gênero, historicamente construídas e relacionadas com o desprestígio social da profissão.



Quadro 3: Religião dos sujeitos do estudo.

Dos 52 sujeitos da pesquisa, 14 (27%) são evangélicos (considerando aqui os que responderam protestante, cristão e evangélico), 25 (48%) são da religião católica, 09 (17,3%) não responderam o questionamento, ou seja, deixaram em branco, 03 (5,8%) são espíritas e 01 (1,9%) é umbandista. Assim, percebe-se que a maioria dos acadêmicos entrevistados é adepta da religião católica, seguida dos evangélicos.



Quadro 4: Formação técnica em enfermagem dos sujeitos do estudo

Dos 52 participantes da pesquisa, 33 (63,5%) possuem formação técnica em enfermagem e 19 (36,5%) não possuem essa formação. Estas informações permitem afirmar que a maioria dos alunos são profissionais que já têm experiência na área da saúde, o que leva a crer que já possuem bagagem teórica e prática. De forma a sintetizar as informações, elaborou-se o quadro 5 (cinco).

Sexo	Masculino	11
	Feminino	41
Idade	20 – 25	20
	26 - 30	7
	31 -35	8
	Mais de 35 anos	14
	Não responderam	3
Religião	Evangélico/protestante/cristão/adventista	14
	Católico	25
	Umbandista	9
	Espírita	3
	Não respondeu	1
Formação Técnica	Sim	33
	Não	19

Quadro 5: Síntese da caracterização dos sujeitos da pesquisa

4.6 - Coleta de informações

A técnica utilizada na coleta de dados foi o questionário, como forma de obter os dados para análise, a partir de impressões individuais sobre aspectos relacionados aos objetivos do estudo.

Amaro, Póvoa & Macedo (2005) descrevem que o questionário é um instrumento de investigação que visa angariar informações utilizando como base, geralmente, a inquisição de um grupo representativo da população em estudo. Para tal, coloca-se uma série de questões que abrangem um tema de interesse para os investigadores, não havendo interação direta entre estes e os inquiridos.

Os autores retromencionados destacam, ainda, que o questionário é extremamente útil quando um investigador pretende recolher informação sobre um determinado tema. Desse modo, através da aplicação de um questionário a um público-alvo constituído, por exemplo, de alunos, é possível recolher informações que permitam conhecer melhor as suas lacunas, bem como melhorar as metodologias de ensino podendo, inclusive, individualizar o ensino quando necessário.

O tipo de questionário utilizado foi o misto e auto-aplicável. De acordo com May (2004), o questionário misto contém perguntas abertas e fechadas, e o auto-aplicável é feito para ser preenchido pelos próprios sujeitos da pesquisa.

De acordo com Polit, Beck & Hungler (2004) os questionários têm como uma das vantagens o baixo custo, exige menos tempo e esforço para administrar, o que representa uma vantagem importante quando a amostra está geograficamente dispersa.

É oportuno registrar que, na medida em que os questionários eram entregues, as respostas dos sujeitos da pesquisa eram analisadas. Sendo assim, após o recebimento do quinquagésimo segundo questionário, restou constatado que havia sido atingido o ponto de saturação.

Para Minayo (2004), o ponto de saturação corresponde ao momento em que o material coletado atinge o limite possível de se obter resultados confiáveis, em uma pesquisa com abordagem qualitativa.

Com isso, ou seja, com a saturação dos dados, o quantitativo de questionários foi de 52 (cinquenta e dois).

4.7 - Tratamento e análise dos dados

O procedimento adotado nesta etapa do estudo, como forma de organizar os dados coletados, foi a análise de conteúdo segundo os preceitos delineados por Bardin (2009). Para a referida autora, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Ainda para esta autora, a análise de conteúdo se apresenta como um “instrumento” que possibilita “afastar os perigos da compreensão espontânea”. Neste sentido, a autora propõe a análise de conteúdo como forma de compreender o núcleo de comunicação, para além dos significados imediatos.

A escolha por esse tipo de análise se torna propícia, por entender que o discurso pode não ser necessariamente compatível com as atitudes do indivíduo e, as mensagens obtidas através da comunicação, são carregadas de significados individuais.

Neste sentido, este estudo encontra sustentação em Bardin (2009, p. 28), considerando o raciocínio consolidado na seguinte assertiva: “qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo”.

A escolha da análise dos dados orientada pela análise do conteúdo, proposta por Bardin (2009), foi no sentido de identificar se os alunos participam da gestão acadêmica na construção, atualização e/ou avaliação do PPC; descrever entendimento referido por acadêmicos de enfermagem sobre oportunidades de discussões, reflexões e ações a cerca da religiosidade e espiritualidade no ensino teórico, prático e nos cenários do cuidado durante o curso de graduação em enfermagem, participando ou não do PPC; e apontar e discutir impasses, possibilidades e sugestões referidos por acadêmicos de enfermagem para aprofundar discussões, reflexões e ações sobre religiosidade e espiritualidade durante ensino teórico, prático e nos cenários do cuidado, com vistas à integralidade do cuidado e a gestão participativa;

Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações. Para a autora, a análise de conteúdo não é um instrumento, mas um “leque de apetrechos” ou, com maior rigor, será um único instrumento, porém marcado por grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação vasto, que é a comunicação.

Tomando por base o referencial de Bardin (2009), na etapa da análise de conteúdo, a autora referida, sugere três pólos cronológicos, os quais foram organizadas em três fases que estão dispostas do quadro 6 (seis).

FASES	O QUE SERIA
1ª- Pré-Análise	É a fase da organização. Período de intuições, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema para um plano de análise.
2ª- A exploração do material	Aplicação sistemática. Fase longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.
3ª- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação	Os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples ou mais complexas, permitem estabelecer quadros de resultados que condensam as informações fornecidas pela análise

Quadro 6: Análise de Conteúdo de acordo com Bardin (2009).

É realizada na pré-análise uma leitura flutuante, de forma que a escolha dos documentos se pauta na regra da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência. Além disso, há a formulação das hipóteses e dos objetivos, a referência dos índices, a elaboração de indicadores e a preparação do material (BARDIN, 2009).

Assim, a primeira fase ou pré-análise teve início com a leitura flutuante do material obtido durante os questionários, de modo a verificar o que estava contido nos questionários, com outras palavras, trata-se do momento de intuição e reflexão. Essa fase se caracterizou pela transformação do código escrito pelos alunos.

Esta leitura permitiu uma análise preliminar através da sedimentação dos conteúdos obtidos. Esse processo é descrito como uma forma de apreender as principais ideias do texto, através de uma “leitura flutuante”.

Sobre a exploração do material, Bardin (2009, p.127) menciona que: “é o momento de conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações”.

Na tentativa de organizar esse material, após sucessivas leituras, foi destacado em cada questionário os fragmentos do texto que estavam relacionados com os objetivos da pesquisa. Esse procedimento foi necessário, pois, havia uma grande quantidade de informações transversais ao objeto da pesquisa. Assim, foi construído um quadro para cada questionário, onde foram destacados os fragmentos relacionados ao mesmo objetivo. Em seguida, os fragmentos foram agrupados por aproximação dos sentidos.

Nos termos do que preceitua Bardin (2009), notadamente quanto à exploração do material, destaca-se que as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas. E, a fase de análise propriamente dita, não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas.

Assim, na fase denominada de exploração do material, foi realizado um processo de decantação da essência das mensagens, que serviu para a identificação das expressões com sentidos equivalentes presentes no questionário de cada aluno. Conforme o método adotado, é nessa fase que o material é organizado para a análise, através de um processo de codificação.

O trabalho de organização dos fragmentos do texto teve por objetivo para cada questionário, proporcionar uma maior agilidade nesta fase, onde foi buscado reunir em um único quadro os elementos pertencentes a um determinado conjunto ou classe. Cabe consignar aqui, que todos os elementos foram considerados, mesmo aqueles que apareceram apenas em um questionário, uma única vez e, não puderam ser agrupado aos demais. (Figura 1).

Ressalta-se que, o método proposto por Bardin (2009) esclarece que a codificação corresponde praticamente a uma transformação do material em uma representação do conteúdo, no caso as mensagens contidas nos questionários. Na linguagem da autora, esse processo tem a intenção de alcançar o núcleo de compreensão do texto.



Figura 1: Representação do agrupamento de elementos em classes - representação do conteúdo.

Na sequência do processo de codificação, conforme aponta o método, procurou-se identificar as unidades de registro – ou unidades de significação – a partir do material que havia sido codificado e reunido em um quadro de acordo com cada objetivo proposto. (Figura 2).

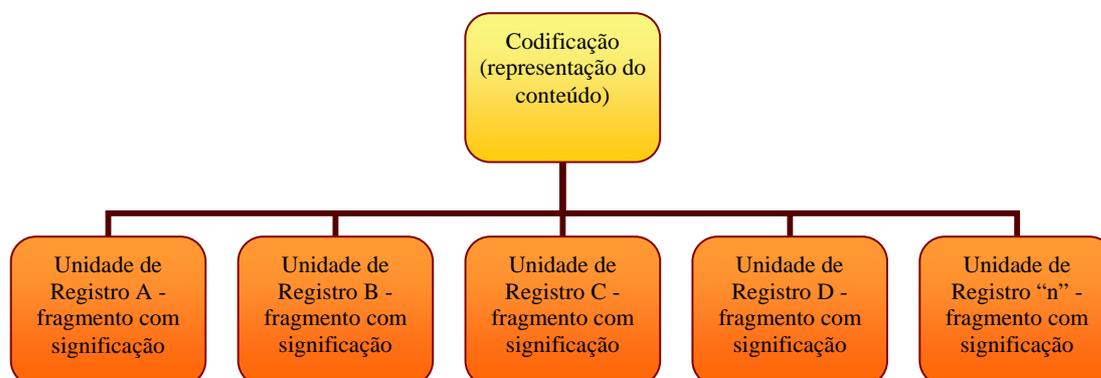


Figura 2: Representação da identificação de unidades de registro a partir da codificação dos conteúdos.

Bardin (2009) esclarece que as unidades de registro são fragmentas no texto, e podem ser palavras, frases ou parágrafos que denotam significação. São códigos linguísticos que possuem alguma acepção com determinado contexto, onde elas são utilizadas ou se relacionam.

Através de uma análise mais detalhada, verificou-se que as unidades de registro se desprendiam naturalmente dos objetivos e poderiam ser agrupadas em três grupos como foram identificados, quais sejam: aspectos relacionados com o gerenciamento acadêmico, aspectos relacionados com a religiosidade e espiritualidade nos conteúdos teórico e prático do cuidado e, também, aspectos relacionados aos impasses, às possibilidades e sugestões para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre religiosidade e espiritualidade durante o ensino teórico e na prática do cuidado.

Na perspectiva do método, Bardin (2009) reconhece esse procedimento de organização das unidades de registro, como a forma de compreender a significação exata das unidades de registro. Na proposta do método, um grupo de unidades de registro pode ser identificado através de uma unidade de contexto.

Esse processo de codificação corresponde praticamente a uma transformação do material em uma representação do conteúdo, de forma a oferecer ao analista a informação sobre as características gerais do material, a fim de subsidiar o estabelecido através dos índices e do agregado de unidades (BARDIN, 2009).

A etapa final do processo de decantação do material obtido nos questionários, consistiu na realização do reagrupamento das unidades de registro, reunidas sob a forma de unidades de contexto/significação, em categorias. (Figura 3).

Segundo Bardin (2009) as categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos, ou seja, as unidades de registro, no caso da análise de conteúdo, sob um título genérico. Este agrupamento ocorre em razão dos caracteres comuns dos elementos.



Figura 3: Representação do reagrupamento das unidades de registro (pertencentes a uma mesma unidade de contexto), em categorias (processo de inferência).

Bardin (2009) esclarece que a categorização ocorre através da inferência do analista sobre o material produzido e submetido à codificação. A categorização tem como objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos, que resulta da inferência do analista. Neste sentido, foram propostas três categorias para o desenvolvimento deste estudo.

Cabe ressaltar que, a caminhada foi árdua e na tentativa de compreender o método da análise de conteúdo, todo o processo foi revisto por diversas vezes e, principalmente, as unidades de registro que foram agrupadas por analogia em várias categorias, bem como foram sendo reagrupadas e ensejaram o surgimento das que foram apresentadas.

Por último, no tratamento e interpretação dos resultados, o analista tendo resultados significativos e fiéis pode, então, propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. Não deve ser olvidado, ainda, que os resultados, por outro lado, podem servir de base a uma outra análise disposta em torno de novas dimensões teóricas ou praticada graças a técnicas distintas (BARDIN, 2009).

Assim, na terceira – e última – fase que compõe o método da análise de conteúdo, consiste na interpretação dados que será apresentada a seguir. Segundo o método, a

interpretação é o momento em que o analista atribui significação às características do texto, resumidas após tratamento e apresentadas sob a forma de categorias.

Desse modo, sintetizando o tratamento dos dados, são apresentadas as seguintes etapas:

- 1) Leitura dos questionários por diversas vezes, até se obter familiaridade com as ideias;
- 2) Definição das Unidades de Registros (UR), onde, para tal, foram marcadas todas as ideias dos alunos nos contextos dos questionários, somando a um total de 538 (quinhentos e trinta e oito);
- 3) Definição dos temas das UR, ou seja, a construção das Unidades de Significação (US) e quantificação. Atribuiu-se letras do alfabeto, de A até T, às US somando um total de 20 (vinte). Desta feita, verificaram-se as ideias, bem como foi feito um agrupamento conforme as semelhanças para atribuímos nome às US. São elas: A) não participação na gestão acadêmica (52); B) sugestões para participação na gestão acadêmica (10); C) existência da religiosidade e espiritualidade nos conteúdos teóricos (45); D) respeito aos clientes (37); E) respeito aos direitos dos cidadãos (31); F) O lidar/atitude do enfermeiro (39); G) O cuidar (9); H) ausência da religiosidade e espiritualidade em conteúdos teóricos (7); I) existência da religiosidade e espiritualidade nos conteúdos práticos (32); J) ausência da religiosidade e espiritualidade em conteúdos práticos (20), K) dicotomia entre a teoria e prática (11); L) não existência de impasses da religiosidade e espiritualidade na graduação de enfermagem (9); M) existência de impasses da religiosidade e espiritualidade na graduação de enfermagem (43); N) pluralidade religiosa (36); O) preconceito e aceitação em discutir religiões diferentes (24); P) interferência da crença nos procedimentos e tratamentos (21); Q) não existência de possibilidades para religiosidade e espiritualidade na graduação de enfermagem (18); R) existência de possibilidades para a religiosidade e espiritualidade na graduação de enfermagem

(34); S) instituição flexível e aberta para mudanças (34); e T) resgate histórico do cuidado de enfermagem (26);

- 4) Tendo como referência as UR, foram estabelecidas três categorias, onde estas foram nomeadas e quantificadas. Baseada na compreensão das US, as categorias são: “Discentes alheios na gestão acadêmica: alunos se descobrem desconstruindo cercas e construindo pontes para gestão participativa” (62 UR ou 11,6%); “Religiosidade e Espiritualidade no curso de graduação em Enfermagem o dito; o não dito; o feito; o não feito; o dito e o feito; o não dito e o não feito; e o dito pelo não feito e o feito pelo não dito” (231 UR ou 42,9%); e “O(s) nó(s) para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre a religiosidade e espiritualidade no curso de graduação em enfermagem: construindo laços com vistas à integralidade do cuidado e à gestão participativa” (245 UR ou 45,5%).
- 5) Descrição das categorias e análise dos dados fundamentada no Referencial Teórico.

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE

“Os cisnes negros eram tidos como inexistentes, antes de terem sido descobertos na Austrália, daí a metáfora. Um evento cisne negro é inesperado, altamente improvável e imprevisível, e, quando acontece, traz conseqüências de grande vulto. [...] As pessoas não devem sair à caça do cisne negro, mas, uma vez apareça, devem estar com sua exposição maximizada para ele [...] devem acreditar na possibilidade de o mais inusitado acontecer. Tanto do lado positivo quanto do lado negativo.”

Taleb (A lógica do Cisne Negro)

Os resultados serão delineados de acordo com cada categoria, a saber:

- ✓ 1ª Categoria - Discentes alheios na gestão acadêmica: alunos se descobrem desconstruindo cercas e construindo pontes para gestão participativa;
- ✓ 2ª Categoria - Religiosidade e Espiritualidade no curso de graduação em Enfermagem: o dito; o não dito; o feito; o não feito; o dito e o feito; o não dito e o não feito; e o dito pelo não feito e o feito pelo não dito;
- ✓ 3ª Categoria - O(s) nó(s) para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre a religiosidade e espiritualidade no curso de graduação em enfermagem: construindo laços com vistas à integralidade do cuidado e à gestão participativa.

No quadro sete (7) está a síntese das Unidades de Registro (UR), com as respectivas Unidades de Significação (US) e Categorias na análise de conteúdo.

Código UR	Unidade de Significação	Total UR %	Categorias	Total Categ %
A	Não participação na gestão acadêmica	52	1ª Discentes alheios na gestão acadêmica: alunos desconstruindo muros e construindo pontes para gestão participativa.	62 (11.6 %)
B	Sugestões para participação na gestão acadêmica	10		
C	Existência da religiosidade/espiritualidade em conteúdos teóricos	45	2ª Religiosidade e Espiritualidade no curso de graduação em Enfermagem: o dito; o não dito; o feito; o não feito; o dito e o feito; o não dito e o não feito; o dito pelo não feito e o feito pelo não dito.	231 (42.9 %)
D	Respeito aos clientes	37		
E	Respeito aos direitos do cidadão	31		
F	O lidar/atitude do enfermeiro	39		
G	O cuidar	9		
H	Ausência da religiosidade/espiritualidade nos conteúdos teóricos	7		

I	Existência da religiosidade/espiritualidade nos conteúdos práticos	32		
J	Ausência de religiosidade/espiritualidade em conteúdos práticos	20		
K	Dicotomia entre a teoria e prática	11		
L	Ausência de impasses da religiosidade/espiritualidade na graduação de enfermagem	9	3^a O(s) “nó(s)” para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre a religiosidade e espiritualidade no curso de graduação em enfermagem: construindo “laços” com vistas à integralidade do cuidado e à gestão participativa.	245 (45.5 %)
M	Existência de impasses da religiosidade/espiritualidade na graduação de enfermagem	43		
N	Pluralidade religiosa	36		
O	Preconceito/aceitação em discutir religiões diferentes	24		
P	Interferência da crença nos procedimentos/ tratamentos	21		
Q	Ausência de possibilidades para discutir Religiosidade/Espiritualidade na graduação de enfermagem	18		
R	Possibilidades para discussão sobre Religiosidade/Espiritualidade na graduação de enfermagem	34		
S	Instituição flexível e aberta para mudanças	34		
T	Resgate histórico do cuidado de enfermagem	26		

Quadro 7: Síntese das Unidades de Registros (UR), Unidades de Significação (US) e Categorias na análise de conteúdo.

5.1 - Discentes alheios na gestão acadêmica: alunos se descobrem desconstruindo cercas e construindo pontes para gestão participativa

Com vistas a atender ao primeiro objetivo deste estudo, que é identificar se os alunos participam da gestão acadêmica na construção, avaliação, re-construção (atualização) do PPC, será realizada adiante uma análise, tendo a gestão participativa como norte.

Nesta primeira categoria, considerando que esta pesquisa trabalha com foco na gestão acadêmica participativa e, como premissa, a necessidade dos alunos participarem efetivamente desta gestão, foi realizada a seguinte pergunta para os acadêmicos de enfermagem: existe uma forma de participação de acadêmicos de enfermagem na construção, avaliação, re-construção do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de enfermagem?

Ante a análise das respostas dos discentes sobre esse questionamento, ficou evidenciado que, dos cinquenta e dois (52) sujeitos da pesquisa, todos responderam de forma negativa, ou seja, nenhum aluno participa ou participou da construção, avaliação, re-construção do PPC.

Em conexão com a análise efetuada no referencial teórico, cabe explicitar que o PPC de um curso de graduação expressa os principais parâmetros para a ação educativa, fundamentando, em conjunto com o Projeto Pedagógico Institucional (PPI), a gestão acadêmica, pedagógica e administrativa de cada curso. Além do mais, este Projeto deve estar em permanente construção, sendo elaborado, reelaborado, implementado e avaliado envolvendo todos os envolvidos no processo educativo (BATISTA & BATISTA, 2008).

Sendo assim, a prerrogativa de participação do PPC na instituição pesquisada, seja para a elaboração, a avaliação, a reelaboração por todos envolvidos não acontece, pois, como foi demonstrado, todos os alunos responderam que não participam.

O PPC é um documento de orientação acadêmica onde constam, dentre outros elementos: conhecimentos e saberes considerados necessários à formação das competências estabelecidas a partir do perfil do egresso; estrutura e conteúdo curricular; ementário, bibliografias básica e complementar; estratégias de ensino; docentes; recursos materiais, serviços administrativos, serviços de laboratórios e infra-estrutura de apoio ao pleno funcionamento do curso. Neste contexto, deve garantir uma formação global e crítica para

os envolvidos no processo, como forma de capacitá-los para o exercício da cidadania, bem como para serem sujeitos de transformação da realidade, com respostas para os grandes problemas contemporâneos.

O ensino de graduação voltado para a construção do conhecimento, não pode se orientar por uma estrutura curricular rígida, baseada no enfoque unicamente disciplinar e sequenciada de conteúdos confinados nos limites da sala de aula, enfim, não é apropriado um ensino que tem por fundamento a exposição submissa aos conteúdos apenas descritivos (ForGRAD, 1999; ForGRAD, 2000).

Assim, é deveras salientar que a não participação dos alunos, seja na construção, na avaliação ou na re-construção (atualização) do PPC, não contribui para a proposta da formação de cidadãos, tampouco capazes de transformarem a realidade.

Tal questão vai de encontro com o que está descrito no capítulo IV, artigo 43 da LDB (BRASIL, 1990), cujo destaque é no sentido de que a educação superior tem por finalidade:

- I - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;
- II - formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;

Portanto, a formação de profissionais com um pensamento reflexivo, depende da participação dos mesmos no processo educativo. Além disso, para que haja uma participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, é imprescindível que a cultura de participação seja estimulada no decorrer da sua graduação.

Pois, conforme assevera Batista & Batista (2004), o projeto pedagógico visa ajudar a enfrentar os desafios do cotidiano da escola, através de atos que tenham sido amadurecidos por reflexão, com consciência sistematizada e orgânica. Vislumbra-se, assim, que a participação dos envolvidos no processo é essencial para que o projeto ao menos minimize os desafios apresentados.

De acordo com Ranali & Lomabardo (2006) as construções do PPI e o PPC são processos que demandam planejamento participativo, trabalho de equipe com a presença de

representantes da administração, corpo docente e discente, ex-alunos, funcionários e comunidade.

Enfatiza-se, ainda, que o PPC deve ser construído em sintonia e articulação dentre outras, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Concernente às DCNs de enfermagem, o perfil do profissional enfermeiro é descrito do seguinte modo:

é um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. profissional qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001, p.4)

Ainda nas DCNs de enfermagem, destaca-se como uma das competências gerais do enfermeiro, a administração e o gerenciamento, onde, para tanto, tal profissional deve estar apto a tomar iniciativa, perpetrar o gerenciamento e a administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação, quanto estar apto a ser empreendedor, gestor, empregador ou se mostrar como uma verdadeira liderança na equipe de saúde.

Ora, se o enfermeiro estiver apto a tomar iniciativa, adotando uma postura empreendedora, o campo de atuação na área educacional estará aberto, seja como docente ou gestor acadêmico de curso técnico ou superior. Sendo assim, o conhecimento e a experiência sobre a construção, a avaliação e a re-construção do PPC, seria algo extremamente relevante na formação deste profissional.

Destaca-se, contudo, que em muitas vezes os alunos de enfermagem ao cursarem o 5º, o 6º ou o 7º período, ou seja, mesmo após a metade do curso, ainda não sabem o que é PPC, PPP e muitas outras questões sobre gestão acadêmica, ante a ausência do currículo dos alunos de enfermagem.

Como se nota, é essencial não apenas a divulgação deste mercado de trabalho para os acadêmicos de enfermagem, mas, de igual forma, faz-se necessário instrumentalizá-los neste sentido. E, nesse passo, em algum momento do curso de graduação em enfermagem, seja através de disciplina, projetos, pesquisas, construção, avaliação, re-construção do PPC

e PPP isto deve ser concretizado, o que, incontestavelmente, será de suma importância para a formação profissional do enfermeiro.

Lopes Neto *et al* (2007 & 2008) ressaltam que a construção e a re-construção do PPC, na maioria das IES pesquisadas pelos mesmos, estão restritas à adesão dos termos que integram as DCN, sem contextualizar as condições de saúde da população, da rede de serviços de saúde, da identidade do curso e do perfil do egresso, afinado com as necessidades sociais e sanitárias. Ainda de acordo com os autores, o PPC, tomando por base os padrões de qualidade na formação do profissional cidadão, no âmbito da graduação, pressupõe “rupturas com o presente e promessas para o futuro”, constituindo-se em ação intencional de pessoas, instituições e grupos, com sentido explícito, com compromisso definido coletivamente.

Assim, para a consolidação deste novo paradigma, o PPC passa a consubstanciar a educação como um fenômeno político e social, que se propõe a contribuir na formação de cidadãos conscientes acerca das suas responsabilidades sociais e profissionais, engajados na luta por uma sociedade mais justa, digna, igualitária e solidária.

Outro destaque a ser feito, é justamente essa responsabilidade social e política que propõe o planejamento e a gestão participativa, pois, ao colocar os alunos de enfermagem dentro do processo em voga, os mesmos terão mais subsídios políticos, serão mais engajados com questões concernentes à política educacional, bem como poderão se co-responsabilizar junto ao gestor pela transformação dos futuros profissionais.

Assim, a efetividade da gestão participativa, com a elaboração de todos os documentos que, de fato, a instrumentalizam, dentre eles o PPC – foco da presente reflexão –, pode contribuir para que muitos enfermeiros se tornem mais conscientes sob um prisma político e social, de modo a tornar possível um entendimento sobre a real importância do exercício ativo da cidadania civil, política e social.

Na ótica de Hall (1997), a construção do PPC é de suma importância, considerando a necessidade de que a gestão se opere pelas vias da participação – gestão participativa –, a fim de envolver em suas atividades além do diretor, dos professores e dos funcionários, os alunos, os pais e qualquer membro da comunidade externa da escola, que esteja empenhado em colaborar com a melhoria do processo pedagógico.

Ratificando este pensamento, Colombo (2001) destaca que a gestão educacional deve ter uma nova visão, ou seja, uma visão abrangente e sistêmica. Para esta autora (2004), as instituições educacionais têm um papel decisivo na chamada era da informação, pois lidam diretamente com o conhecimento.

Outra pesquisadora de destaque nessa área é Lück (2006a & 2006b). Entende que a administração educacional se transformou em gestão educacional, e a gestão educacional surge em substituição a administração educacional, para representar não apenas novas ideias, mas sim um novo paradigma, que busca estabelecer na instituição uma orientação transformadora, a partir da dinamização de rede de relações que ocorrem, dialeticamente, no seu contexto interno e externo. Essa substituição, contudo, não pode ser vista como a simples troca de uma terminologia por outra, ou por questões puramente semânticas e sim de uma proposição por um novo conceito de organização educacional. A ideia de gestão é superar limitações e ousar mais, onde tudo é responsabilidade de todos, não somente do gestor.

Ademais, não se pode confundir com um abrir mão de responsabilidades, mas sim permitir que todos partilhem de ideias, sugestões, planos e realizações em prol do desenvolvimento educacional. Entendendo-se como “todos”: gestor, professores, técnicos, funcionários, alunos, pais, comunitários e demais parceiros da escola.

Nesse diapasão, a autora retromencionada enfatiza que uma escola autônoma exige uma gestão compartilhada. E, essa gestão requer um gestor que necessariamente tenha uma visão holística da escola e da educação, com capacidade para acompanhar as mudanças que estão ocorrendo não apenas em sua área de conhecimento e ambiente de trabalho, mas também em outras áreas do saber e na sociedade como um todo.

Porém, para a “existência” desse gestor, é importante rever a formação de líder, pois:

verifica-se, então, que a formação do gestor precisa estar atrelada ao nível de escolaridade que priorize a visão e a compreensão desse líder educador para que sua ação seja efetivamente de qualidade ao acompanhar as modificações que estão ocorrendo na sociedade como um todo e no grupo em que interage” (RIBEIRO & MONEZI, p. 41, 2002).

Na construção do PPC o gestor acadêmico deve utilizar as estratégias possíveis de forma a desenvolver discussões sobre novas tecnologias educacionais, avaliação da atividade docente, educação contínua, dentre outros fatores direcionados a docentes, discentes e corpo técnico-administrativo, com vistas à formação participativa e colaborativa (ForGRAD, 2000).

No intuito de reafirmar a importância da formação do líder-gestor, destacam-se as lições de Ribeiro & Monezi (2002). Estas autoras exortam que o profissional só será reconhecido como um verdadeiro líder-gestor, caso esteja preparado para: escutar ativamente, se comunicar; demonstrar simpatia e sinceridade; e, de modo especial, ser capaz de tomar decisões, trabalhar em equipe, estar preparado para ampliar sua perspectiva de atuação integrada; contribuir para sedimentar e fortalecer as propostas dos diferentes grupos que compõem a comunidade organizacional; bem como incentivar as pessoas a assumirem com responsabilidade os destinos da sociedade.

As autoras supracitadas ao citarem Prais (1990) descrevem que, a participação favorece a experiência coletiva ao efetivar a socialização de decisões e a divisão de responsabilidades, e ainda afasta o perigo das soluções centralizadas e dogmáticas desprovidas de compromisso com os reais interesses da comunidade escolar, efetivando-se como processo de co-gestão. Assim, as autoras finalizam o estudo inferindo que o gestor competente é aquele que apresenta a combinação das suas características pessoais (conhecimentos e habilidades) e comportamento adequado com a sua atuação (atitudes), e que, repensar a formação do gestor educacional exige o desenvolvimento integral do mesmo. Todavia, ressalva apenas que os indicadores de competência e comprometimento precisam estar correlacionados com:

qualidades pessoais do líder-gestor (manifestadas por ele em sua trajetória de vida pessoal e profissional), tais como: integridade e autenticidade, honestidade e responsabilidade, intuição e coragem, determinação e resiliência - entusiasmo, iniciativa e humildade, organização e saber orientar-se, respeito às diferenças e justiça, solidariedade e perseverança, transparência e preocupação constante com a excelência em todas as suas ações. Isto significa, evitar os comportamentos indutores de sentimentos negativos que surgem de diferentes formas. (RIBEIRO & MONEZI, 2002, P.12-13)

As autoras supracitadas, por fim, ressaltam que o gestor educacional deve ser facilitador do processo educativo, apoiando o estabelecimento de prioridades, avaliando os

programas pedagógicos e, conseqüentemente, os resultados obtidos das atividades desenvolvidas por todos os envolvidos no processo, atuando como líder nas relações humanas, criando um clima positivo; além de favorecer a solução de conflitos. Com este objetivo, destacam que é pertinente supor-s que a otimização no processo de formação do gestor educacional para um mundo em constantes transformações, implica em: coerência entre a teoria e a prática; dedicação à pesquisa construtiva; envolvimento e colaboração nas atividades formativas; e conquista da autonomia para a construção do próprio caminho na nova trajetória transformacional. E, isso exige posturas dignas, proativas, autogeridas e autocontroladas; em participação efetiva no relacionamento com pessoas de culturas diferentes no processo organizacional a qual pertence.

Assim, sabendo que o acadêmico de enfermagem será um futuro líder-gestor, essas questões supracitadas devem ser trabalhadas com os alunos, não só com foco no gerenciamento do cuidado, o que geralmente é trabalhado, mas também com o foco educacional, pois este é um possível mercado de trabalho para o enfermeiro.

Diante do que foi exposto nos resultados desta pesquisa, percebe-se que a falta de participação dos alunos pode ter ocorrido por não haver uma gestão participativa efetiva. Porém, essa afirmativa merecia um maior aprofundamento, já que, para a gestão participativa, o gestor deve utilizar estratégias de sensibilização e captação de todos os envolvidos no processo. Portanto, tal questão merece uma pesquisa para identificar junto aos gestores que estratégias devem ser utilizadas ou não.

Outro ponto que merece destaque, é quanto ao fato de que nessa instituição, junto aos respectivos alunos, passaram três coordenações acadêmicas, o que pode ter contribuído para a prejudicialidade da continuidade do trabalho do gestor. Neste contexto, revela-se importante a realização de um correto planejamento, com os respectivos registros dos passos adotados, pois, caso haja uma alteração do gestor, o subsequente possa implementar o planejamento traçado, e não tenha que novamente re-planejá-lo.

Assim, o manejo do planejamento participativo – conjunto de técnicas e de instrumentos, para que se chegue ao que é o pensamento coletivo e para evitar discussões polarizadas e formação de grupos que se degladiam – pode ser uma das propostas viáveis (GANDIN, 2000a).

Como demonstrado adiante, somente um aluno, além de se posicionar que nunca participou pela falta de convite, registrou nunca soube da participação de outro acadêmico e, ao que parece, denota um “certo” degladiamento com o gestor acadêmico do curso.

“Nunca participei, pois nunca fui convidado pela coordenação e nem soube de quem tenha participado, isso é um absurdo.” Q11

Ante a percepção da ausência de participação dos alunos, bem como o interesse dos mesmos estarem presentes, e, especialmente, no intuito de minimizar discussões polarizadas e degladiamentos entre os acadêmicos e o gestor acadêmico, é fundamental a realização de um planejamento participativo.

Gandin (2000a) propõe um modelo básico de plano global – a médio prazo –, dentro da tradição do planejamento participativo, de forma a “apaziguar” tal questão. Para este autor, as tarefas da administração são importantes em todo o processo de elaboração, execução e avaliação de planos. Os administradores coordenaram o esforço das pessoas para que a instituição, o grupo ou o movimento alcancem participativamente o plano global. Com a elaboração dele finalizada, a administração organiza os trabalhos, de modo que, os planos menos abrangentes sejam realizados na prática. A operacionalização que envolve a elaboração de projetos, o acompanhamento, o cuidado para a criação de recursos, são tarefas genuinamente administrativas.

Sendo assim, entendendo que a gestão proposta na atualidade é a participativa, percebe-se, nesta instituição, que os alunos estão alheios na gestão acadêmica, quando todos os alunos descrevem que não participam de nenhuma forma na construção, avaliação ou re-construção do PPC. Dessa maneira, é imperiosa a elaboração de projetos para um planejamento participativo e, conseqüentemente, ter uma gestão acadêmica participativa.

Frise-se que, mesmo sem ter no questionário o item de “sugestão”, quanto às formas e às sugestões dos alunos participarem no gerenciamento acadêmico, dez alunos sugeriram formas de participação, tais como: conscientizando a coordenação da importância do aluno participar, através de pesquisa de opinião, pedidos de sugestões e soluções para os alunos, assembleias e reuniões; através de abaixo-assinado, avaliações, respondendo os questionamentos acadêmicos de forma clara; e inserir uma disciplina de ensino que os

alunos possam planejar, implementar, avaliar, construir, re-construir, ou seja, participar de um PPC.

Com o escopo de demonstrar tais sugestões, segue, abaixo, a descrição das mesmas:

“Conscientizando a coordenação do curso sobre esta necessidade acadêmico participar, através de pesquisas.” Q1

“Solicitando aos alunos para trazer soluções para os problemas, pois temos maior capacidade de identificar e solucionar.” Q3

“Através de pesquisa de opinião com os alunos, buscando junto com os acadêmicos suas críticas e sugestões.” Q12

“Com assembleias com os alunos para discutir a melhor maneira de como chegar a um consenso.” Q14

“Pedindo sugestões ou os alunos fazerem um abaixo-assinado.” Q19

“Havendo reuniões entre acadêmicos, coordenação e corpo docente com o propósito de discutir e implementar ações e sugestões que forem interessantes para o PPC.” Q29

“Elaboração participativa e efetiva na grade curricular acadêmica, podendo ser através de uma disciplina.” Q37

“Inserir uma modalidade, disciplina, de ensino que os alunos possam planejar, implementar e participar de um PPC “Q41

Constata-se, diante disso, que estes alunos estão “tentando/propondo” desconstruir os muros da não participação, e, inclusive, emanam sugestões de forma a construírem pontes para uma efetiva gestão participativa.

Por conseguinte, será apresentado no quadro 8 (oito), as questões fundamentais de acordo com Gandin (2000a), acerca do planejamento e do modelo básico de plano de médio prazo no planejamento participativo, em atenção ao significado de cada parte e ao modelo (esquema) do plano a ser executado.

Ocorre que, o plano para a obtenção do planejamento participativo, merece ser ainda discutido com todos os envolvidos neste processo, de modo que a participação seja, verdadeiramente, efetiva.

Sendo assim, no quadro delineado adiante, estão consolidadas as questões analisadas referentes à possibilidade para tal participação, consoante os aspectos que devem ser relevados sob a ótica de Gandim (2002a). Porém, tais questões foram obtidas somente com os sujeitos desta pesquisa – os alunos –, o que representa apenas uma das partes. Considerou-se pertinente, portanto, não mencionar o significado de cada parte, até porque, esse não foi o objetivo do presente pesquisa, mas sim deixar como uma possível proposta de estudo futuro.

Desse modo, no quadro 8 (oito) estão dispostas as fases/esquemas para a construção de um planejamento participativo, que estão em preto. Já em vermelho, constata-se a análise realizada, após a coleta dos dados, como contribuição para iniciar o planejamento.

Aspectos a considerar	Significado de cada parte	Modelo (esquema) do plano
1º Momento (Limites da Empresa) A- Realidade Global Existente	Diz como o grupo percebe a realidade global em seus problemas, desafios e esperanças	1.1- Marco Situacional
B- Realidade Global Desejada	Expressa a utopia social, o “para que direção nos movemos” do grupo. Expõe as opções sobre o homem e sobre a sociedade e fundamenta essas opções em teoria	1.2- Marco Doutrinal
C- Realidade Desejada do campo de ação e (sobretudo) da instituição (grupo ou movimento) em processo de planejamento	Expressa a utopia instrumental do grupo. Expõe as opções (em termos ideais) em relação ao campo de ação e à instituição (grupo ou movimento) e fundamenta essas opções em teoria.	1.3- Marco Operativo
2º Momento (intermediação entre a proposta ideal – do sonho- e a prática) Confronto entre C e D	Expressa o juízo que o grupo faz da sua realidade, em confronto com o ideal traçado para seu fazer. Deste julgamento (avaliação) ficam claras as necessidades da instituição. ? X Participação dos alunos	2- Diagnóstico Necessidades

D- Realidade Institucional existente	É a descrição da realidade e da prática específicas da instituição (grupo ou movimento) que se está planejando Não participação dos alunos, docentes e comunidade na construção, avaliação e reconstrução do PPC.	(Não se inclui no plano, mas é necessário conhecê-las para elaborar o diagnóstico)
E- Propostas concretas para a transformação da realidade institucional existente (para o tempo do plano)	Propõe: 1) ações; 2) comportamentos, atitudes; 3) normas e 4) rotinas para modificar a realidade existente (da instituição, do campo de ação), diminuindo a diferença entre C e D e, como consequência, influenciando na realidade global. Sugestões dos alunos para participação: 1 - conscientizando a coordenação; 2 - através de pesquisa de opinião; 3 - pedidos de sugestões e soluções para os alunos; 4 - assembléias e reuniões; 5 - abaixo-assinado; 6 - avaliações; 7 - inserir uma disciplina de ensino.	3- Programação 3.1. Objetivos 3.2. Políticas e estratégias 3.3. Determinações gerais 3.4. Atividades permanentes

Quadro 8 - Questões fundamentais acerca do planejamento e do modelo básico de plano, no planejamento participativo.

Fonte: GANDIN, D. A posição do planejamento participativo entre as ferramentas de intervenção na realidade. Currículo sem Fronteiras, v.1, n.1, p. 81-95, Jan/Jun, 2001. Disponível em <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol1iss1articles/gandin.htm>> Acesso em: 05 dez 2007.

Desta feita, considera-se que numa futura pesquisa sobre o cenário estudado, no intuito de identificar o significado de todas as partes – alunos, docentes, gestor e comunidade –, bem como traçar um esquema de plano participativo, estar-se-ia contribuindo para o início de um gerenciamento acadêmico participativo na instituição de ensino vertente.

Além disso, os projetos para a consecução do planejamento participativo precisam ser realizados e pretendidos por todos os sujeitos neles envolvidos, de modo que, haja uma efetiva implementação e constantemente avaliação.

Sendo assim, para que o planejamento participativo proposto por Gandin seja realizado, seguindo o plano supracitado, é imperioso que os gestores da instituição, coordenação de curso, assim como, gestores superiores, abracem a ideia, pois o primeiro momento do planejamento é concernente aos limites da empresa (marco situacional, doutrinal e operativo). Assim, para dar continuidade ao segundo momento, o qual, já foi minimamente analisado e encontra-se em vermelho no quadro 8 (oito).

Logo, finaliza-se esta categoria com apoio no raciocínio de Taleb (2008), fazendo menção ao seu livro “Lógica do Cisne Negro”, destacando que o resultado obtido nesta categoria, pode ser considerado de acordo com este autor um “Cisne Negro”, na medida em que representa um acontecimento altamente improvável, e, além disso, reúne as seguintes três características principais: é imprevisível; produz um enorme impacto; é arquitetada uma explicação que o faz parecer menos aleatório e mais previsível, do que aquilo que é na realidade.

Constata-se, finalmente, que improvável é o fato de que “todos” os alunos descreverem não participar da construção, da avaliação, da re-construção do PPC, ou seja, dos 52 sujeitos, nenhum participa de alguma forma. Assim, este é o imprevisível.

O impacto deste dado é baseado na compreensão de que, para existir uma gestão acadêmica, os alunos precisam participar. E mais, para a formação de enfermeiros reflexivos, éticos e cidadãos, os mesmos deveriam ter a oportunidade de participar do planejamento. Nesse sentir, este resultado pode contribuir como um impacto positivo nesta instituição, assim como em outras instituições, de forma que estas passem a traçar estratégias de “captação” dos alunos para a construção, a avaliação, a re-construção do PPC, tal como outras questões gerenciais que sejam relevantes.

A não participação dos alunos, pode ser devido as trocas “repentinhas” dos gestores acadêmicos do curso de enfermagem, da “necessidade” de adequação rápida do PPC para avaliação do MEC, e ainda por uma postura passiva dos alunos em esperar um “convite” para tal participação. Sendo assim, esta é a explicação que faz parecer menos aleatório e mais previsível, do que aquilo que é na realidade.

Ante a análise desta categoria, espera-se que, com o dado obtido, possa ter sido clarificado e gerado uma consciência sobre o fenômeno dos “cisnes negros”. Isso porque, segundo Taleb (2008), uma das razões para as pessoas não conhecerem os tais “cisnes negros”, reside no fato de que os seres humanos são programados para aprender coisas específicas, quando, pelo contrário, deveriam se concentrar no aprendizado das generalidades. Com isso, tornam-se incapazes de avaliar verdadeiramente as oportunidades, bem como ficam vulneráveis frente ao impulso de simplificar, narrar e classificar, além de não serem suficientemente abertos para recompensarem aqueles que conseguem imaginar o “impossível”.

5.2 - Religiosidade e Espiritualidade no curso de graduação em Enfermagem: o dito; o não dito; o feito; o não feito; o dito e o feito; o não dito e o não feito; e o dito pelo não feito e o feito pelo não dito.

Nesta segunda categoria serão identificados na perspectiva dos alunos, os momentos teóricos e práticos em que a religiosidade e a espiritualidade foram abordadas, discutidas, refletidas e, também, no que pertine às formas adotadas nas práticas de cuidar. Pretende-se, nesta perspectiva, responder ao segundo objetivo, que é descrever o entendimento dos acadêmicos de enfermagem no que tange às oportunidades de discussões e reflexões acerca da religiosidade e espiritualidade no ensino teórico-prático e nos cenários do cuidado durante o curso de graduação em enfermagem – participando ou não do PPC.

Preliminarmente à descrição e à discussão da categoria em pauta, é relevante assinalar que o curso de graduação em Enfermagem, do Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), classifica as disciplinas em:

- Disciplina teórica: não tem carga horária prática, entendida esta como aquela relativa ao cuidar e à prática em laboratório;
- Disciplina teórico-prática: tem carga horária prática, ou seja, também há momento prático específico;
- Disciplina prática: são considerados aqui, os estágios supervisionados e as disciplinas que só têm prática de cuidar, sem momento teórico.

No entanto, esta pesquisa considera disciplina teórico-prática como aquela que tem a prática do cuidar. Exclui, assim, as disciplinas que têm prática em laboratório, como por exemplo, anatomia, citologia, histologia e genética – consideradas neste estudo como disciplinas teóricas.

Para um melhor entendimento do que foi delineado acima e, no intuito de colaborar com a análise dos dados expostos no quadro dez (10), estão expostas tais disciplinas na

matriz curricular dos sujeitos deste estudo, conhecidas na instituição em referência como fluxo 3 (três). De forma a facilitar o entendimento, optou-se por marcar e colorir na grade as disciplinas teóricas, teórico-práticas e práticas. A legenda é a seguinte: disciplinas teóricas – cor branca –, disciplinas teórico-práticas – cor amarela –, disciplinas práticas – cor vermelha.

DISCIPLINAS	CORES
disciplinas teóricas	
disciplinas teórico-práticas	
disciplinas práticas	

Quadro 9: Legenda referente à compreensão do quadro 10.

PERÍODO	DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA			
		T	P	T.P	TOTAL
1º	Processo Histórico da Enfermagem	2	0	0	40
	Análise Ambiental	2	0	0	40
	Genética e Embriologia	2	2	0	80
	Citologia e Histologia	2	2	0	80
	Anatomia	2	2	0	80
	Introdução à Psicologia	2	0	0	40
	Construção do Imaginário Textual	2	0	0	40
	Educação e Saúde	2	0	0	40
	Informática Aplicada	2	0	0	40
	TOTAL	18	6	0	480
2º	Psicologia Aplicada à Saúde	2	0	0	40
	Relacionamento e Comunicação em Saúde	2	0	0	40
	Fisiologia	2	2	0	80
	Bioquímica	2	2	0	80
	Biofísica	2	1	0	60
	Ética e Legislação em Enfermagem	2	0	0	40
	Metodologia Científica	2	0	0	40
	TOTAL	14	5	0	380
3º	Microbiologia	2	2	0	80
	Parasitologia	2	0	0	40
	Patologia Geral	2	0	0	40
	Imunologia	2	0	0	40
	Fundamentos de Nutrição à Saúde	2	0	0	40
	Antropologia Filosófica	2	0	0	40
	Introdução aos Cuidados de Enfermagem	4	0	0	80
	Semiologia e Semiotécnica na Enfermagem I	3	0	2	100
TOTAL	19	2	2	460	
4º 2º/2006	Farmacologia	2	2	0	80
	Aspectos Sócio/Políticos da Saúde	2	0	0	40

	Bioestatística	2	0	0	40
	Enfermagem e Epidemiologia	2	0	0	40
	Enfermagem no Programa da Saúde da Família	2	0	3	100
	Administração em Enfermagem em Unidade Básica de Saúde	2	0	2	80
	Semiologia e Semiotécnica na Enfermagem II	2	0	2	80
	TOTAL	14	2	7	460
5º 1º/2007	Enfermagem na Saúde Integral do Adulto e do Idoso I	3	0	1	80
	Enfermagem na Saúde Integral da Mulher	3	0	1	80
	Enfermagem na Saúde Integral da Criança e do Adolescente	3	0	1	80
	Enfermagem na Saúde Coletiva	3	0	1	80
	Enfermagem em Saúde Mental I	3	0	0	60
	Administração em Enfermagem em Unidades Hospitalares	3	0	1	80
	TOTAL	18	0	1	460
6º 2º/2007	Enfermagem em Saúde Integral do Adulto e do Idoso II	4	0	3	140
	Bioética e Cidadania na Saúde	2	0	0	40
	Enfermagem em Saúde Mental II	3	0	1	80
	Enfermagem em Saúde do Trabalhador	2	0	1	60
	Enfermagem em Emergência e Primeiros Socorros	3	0	1	80
	Enfermagem em Terapia Intensiva em Unidades Especiais	3	0	1	80
	Capacitação Pedagógica e Docência em Enfermagem	2	0	0	40
	Pesquisa em Enfermagem	2	0	0	40
		TOTAL	21	0	4
7º 1º/2008	Estágio Supervisionado I	0	0	22	440
	Elaboração do Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso	0	0	3	60
	TOTAL	0	0	25	500
8º 2º/2008	Estágio Supervisionado II	0	0	22	440
	Trabalho de Conclusão de Curso	0	0	3	60
	TOTAL	0	0	25	500
ATIVIDADES COMPLEMENTARES					200
TOTAL GERAL		104	15	64	4000

Quadro 10: Matriz Curricular do Centro Universitário Plínio Leite - Fluxo 3.

Ante a apresentação do fluxo curricular 3 (três), correspondente à matriz curricular dos sujeitos deste estudo – acadêmicos do UNIPLI –, dar-se-á continuidade na descrição e na discussão dos dados da primeira categoria, que, para a compreensão e a organização dos resultados e análise, terá sete momentos.

No primeiro momento serão apresentados e analisados os dados concernentes à identificação, levando em consideração a visão dos alunos quanto à abordagem e à discussão sobre a religiosidade e a espiritualidade nas disciplinas teóricas do curso de graduação em Enfermagem – o dito em sala de aula.

No segundo momento serão apresentados os dados alusivos à identificação, que, na ótica dos alunos, referem-se a não abordagem e a não discussão sobre a religiosidade e a espiritualidade nas disciplinas teóricas do curso – o não dito na sala de aula.

Dessa forma, cabe evidenciar que tanto o primeiro quanto o segundo momento, o foco reside no teórico.

No terceiro momento são abordados os dados referentes à identificação dos alunos, discutindo a prática da religiosidade e da espiritualidade nas disciplinas práticas do curso – o feito na prática do cuidar.

No quarto momento, ao contrário do terceiro, será aclarado o não feito na prática do cuidar.

No quinto momento, será feito um paralelo entre as disciplinas que foram identificadas tanto na teoria como na prática do cuidar – o dito e o feito.

No sexto momento a análise será inversa, ou seja, o que não foi identificado na teoria e nem na prática – o não dito e o não feito.

No sétimo e derradeiro momento, será realizada uma relação do que foi o dito em sala de aula, com o que foi feito na prática do cuidar e vice-versa – o dito pelo não feito e o feito pelo não dito.

Iniciando o primeiro momento da categoria, serão identificadas as disciplinas teóricas que abordaram e discutiram a religiosidade e a espiritualidade, isto é, o dito em sala de aula. Para este fim, foi solicitado aos alunos que identificassem e descrevessem de que maneira a religiosidade e a espiritualidade foi abordada e discutida nas disciplinas teóricas no curso de graduação em enfermagem.

Dentre os cinquenta e dois (52) sujeitos da pesquisa, quarenta e seis (46) ou 88,4% identificaram momentos teóricos, ou melhor, disciplinas teóricas que abordaram e discutiram acerca da religiosidade e da espiritualidade.

Dentre esses quarenta e seis (46), a maioria, vinte (20) percebeu em duas disciplinas. Em seguida, quatorze (14) identificaram em somente uma disciplina, oito (8) identificaram em três disciplinas, dois (2) em quatro disciplinas, e, por último, um (1) identificou em cinco disciplinas, ou seja, a maioria identificou em duas disciplinas.

Sendo assim, é pertinente inferir que a maioria dos alunos que identificou disciplinas, pontuou mais de uma disciplina teórica que direta ou indiretamente abordou e

discutiu sobre a temática da religiosidade e da espiritualidade. As disciplinas citadas pelos alunos estão dispostas a seguir no quadro onze (11):

PERÍODOS	DISCIPLINAS
1º	Introdução à Psicologia Processo Histórico da Enfermagem Genética e Embriologia
2º	Ética e Legislação Psicologia Aplicada à Saúde
3º	Introdução aos Cuidados de Enfermagem Semiologia e Semiotécnica I Antropologia Filosófica
4º	Aspecto Sócio Político da Saúde Semiologia e Semiotécnica II
5º	Enfermagem na Saúde Integral do Adulto e do Idoso I Saúde Integral da Mulher Saúde Mental I Enfermagem na Saúde Coletiva Administração de enfermagem em unidade hospitalares
6º	Enfermagem na Saúde Integral do Adulto e do Idoso II Bioética e Cidadania na Saúde Saúde Mental II

Quadro 11: Disciplinas teóricas que abordam, discutem e/ou refletem sobre a religiosidade e espiritualidade. “o dito em sala de aula”.

No 7º e o 8º períodos, os acadêmicos de enfermagem do UNIPLI só cursam o estágio e o TCC – disciplinas práticas – e, por tal razão, não fizeram parte desta primeira análise – o dito em sala de aula.

Como foi demonstrado, apesar de todos os períodos abordarem direta ou indiretamente a temática da religiosidade e da espiritualidade, infere-se que a mesma não foi discutida em todas as disciplinas de um mesmo período, muito pelo contrário, na maioria dos períodos, uma vez que o número de disciplinas que abordam e discutem sobre este assunto, é menor do que a metade.

Além disso, o 5º período foi o que mais discutiu a religiosidade e a espiritualidade. Quase todas as disciplinas do retromencionado período são teórico-práticas, com excessão da disciplina “Enfermagem na Saúde Integral da Criança e do Adolescente”. Fato este que

permite entender a necessidade do professor da teoria conjecturar acerca do cuidar e suas questões reflexas, na medida em que o acadêmico terá que enfrentar na prática, com outro professor – preceptor –, o enfrentamento deste assunto.

Além de citar as disciplinas, os alunos também descreveram a forma pela qual a religiosidade e a espiritualidade foram abordadas e discutidas. Em todas as disciplinas, exceto na de “Processo Histórico da Enfermagem”, a maneira de abordar e discutir foi sobre o respeito aos clientes, as suas necessidades e os desejos, respeitando os direitos dos mesmos – discutindo a legalidade, o lidar e o cuidar.

Em que pesem as questões que envolvem o respeito aos clientes e o respeito aos direitos dos cidadãos, destacam-se:

“Respeitar todo tipo de religiosidade/espiritualidade significa ter ética profissional e liberação da realização do culto e legalidade de tal questão” Q3 (disciplina de Ética e legislação)

“No respeito religioso dos pacientes, a enfermagem deve favorecer uma assistência ética, singular e integral” Q9 (disciplina de Introdução aos cuidados de enfermagem)

“As necessidades e desejos dos clientes são importantes e elas as vezes são espirituais ou religiosas e que devem ser respeitadas” Q40 (disciplina de psicologia I e II)

“O SUS tem como princípio a integralidade, assim o cliente deve ter um cuidado integral que aborde esses aspectos” Q50 (disciplina de Introdução aos cuidados de enfermagem)

“O paciente tem o direito ético e legal de receber orações independente de sua religião, tendo ética profissional” Q4 (disciplina de Ética e legislação)

No que pertine estes resultados, observa-se que, os docentes ao abordarem e discutirem sobre a religiosidade e a espiritualidade com os alunos, focam o respeito, a ética e o direito dos usuários. Tal discussão se coaduna com o que é preconizado no Código de Ética de Enfermagem (Resolução COFEN nº 311/2007), na Lei nº 8.080/90 e na

Constituição Federal de 1988, pois, em todos esses diplomas há a obrigatoriedade de respeito ao ser humano seja quanto à preservação da autonomia, integridade física e moral (BRASIL, 1988 & 1990), seja prestando uma assistência de enfermagem sem preconceito, discriminação, não esquecendo, sobretudo, das questões religiosas e espirituais.

Ademais, essa discussão é de suma relevância, já que, os acadêmicos de enfermagem podem se deparar com tais questões na prática do cuidar. Ressalta-se que esta possibilidade é considerável, pois, como dito, os dados obtidos nas pesquisas realizadas no decorrer da residência, da especialização e do mestrado, cujos sujeitos em sua grande maioria eram enfermeiros, relataram que em alguma oportunidade já tinham se deparado com aspectos de cunho religioso e espiritual dos clientes.

O fator respeito pode ser entendido também como uma ampliação da assistência de enfermagem, no sentido de compreender as necessidades sentidas e expressadas, as quais, portanto, devem integrar as religiosas e espirituais. Então, como propõe Tocantis (1993), as necessidades básicas devem ser observadas além do que aquelas pré-estabelecidas pela enfermagem. Para Cecílio (2001) e Mattos (2001) esta ampliação do conceito de necessidade deve ultrapassar àquelas muitas vezes não reveladas, mas que os clientes têm.

Outro ponto que merece destaque reside na conexão feita pelos alunos entre o respeito religioso e/ou espiritual com a assistência integral. Essa relação entre respeito dos aspectos religiosos e/ou espirituais com a assistência integral, está descrita por Cecílio & Merhy (2003), quando ressaltam a prática da escuta dos profissionais de saúde com o “modo de andar na vida” do cliente. Denota-se que, este “modo de andar na vida” inclui questões relativas à religiosidade e à espiritualidade.

Além disso, Mattos (2001) e Pinheiro (2001) explicitam a necessidade de estabelecer uma interseção entre os aspectos da integralidade, das necessidades e da boa prática profissional. Para estes autores, a boa prática profissional consiste em considerar as necessidades dos clientes, porém, de uma forma ampliada, tendo como objetivo a integralidade da assistência.

Dessa maneira, é importante que fique claro para os acadêmicos de enfermagem o fato de que a assistência integral deve ser atingida através da reflexão em sala de aula sobre a boa prática profissional, bem como sobre o conhecimento e o respeito das necessidades de saúde de forma ampliada.

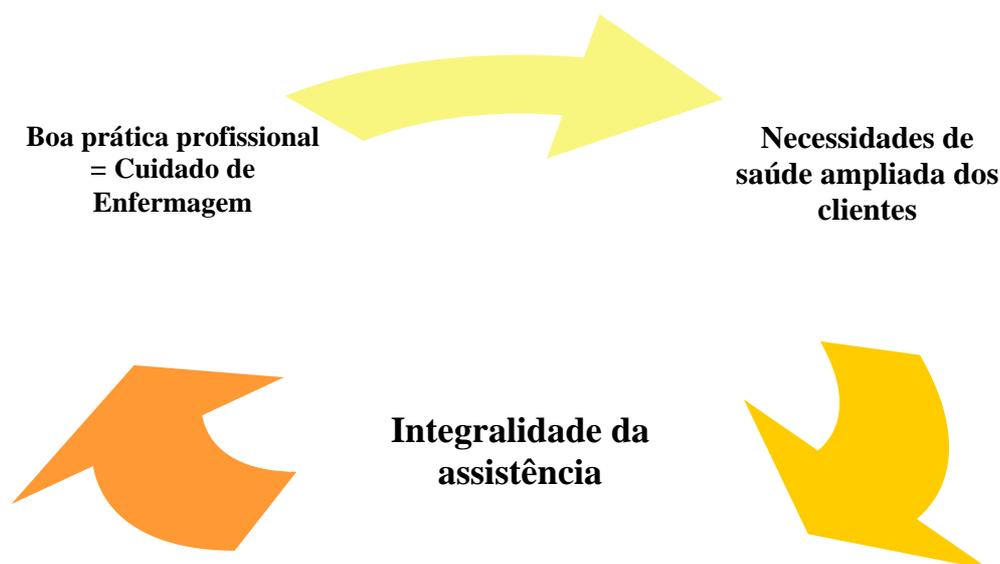


Figura 4: Representação da boa prática profissional.

Por conseguinte, é imperioso evidenciar a forma através da qual a religiosidade e a espiritualidade foram abordadas e discutidas nos conteúdos teóricos, destacando-se, dentre elas, as questões que abarcam o lidar e o cuidar do enfermeiro junto aos clientes:

“No entendimento das diversas religiões para aprender a lidar com elas na prática profissional, pois faz parte da cultura do indivíduo” Q23 (disciplina de Antropologia Filosófica)

“Como devemos lidar/agir diante dessas questões na frente do paciente, isso envolve questões pessoais, profissionais e éticas” Q 17 (disciplina de psicologia I e II)

“Durante a prática de cuidar, a enfermagem se envolve com a dor e o sofrimento do outro e deve buscar a espiritualidade/religiosidade para superar algumas dificuldades e promover um cuidado integral para quem vamos cuidar” Q41 (disciplina de Bioética)

De acordo com os relatos acima expendidos, não pairam dúvidas que o lidar e o cuidar do enfermeiro, de fato, deve se respaldar especificamente nas relações de

solidariedade, diversidade de opiniões e posições ideológicas, nos termos do que prescreve o artigo 6º do Código de Ética de Enfermagem (COFEN, 2007).

Além do mais, o lidar, o agir, o cuidar envolve uma relação entre pessoas e essa relação precisa ser mantida de forma dialógica e ética. Isto é, no âmbito desta relação, o enfermeiro deve conhecer o paciente não só quanto aos seus aspectos fisiológicos, mas também no que concerne aos psicológicos, sociais e culturais. Destarte, conhecer as diversas religiões, bem como as questões voltadas para a religiosidade e a espiritualidade do indivíduo que será cuidado, contribuirá, sobretudo, para que esta relação, ou melhor, que o cuidado de enfermagem seja prestado de forma integral.

Também merecem realce as questões pessoais mantidas entre enfermeiro e cliente. Isso porque, o enfermeiro é uma pessoa que pode ou não possuir crenças, valores, posicionamentos religiosos ou espirituais e, por vezes, estes podem ser antagônicas com os do cliente. Não obstante, neste caso, o enfermeiro deve estar atento para não prestar uma assistência fulcrada em preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, consoante prevê a inteligência da Lei nº 8.080/90, notadamente no artigo 4º, inciso IV (BRASIL, 1990).

Os assuntos abordados com os alunos relativos à discussão sobre religiosidade e espiritualidade, foram: a eutanásia, o transplante, a transfusão, o aborto e a morte. No que concerne ao processo histórico da enfermagem, a discussão foi trilhada sob a influência da religião na profissão de enfermagem.

“Essa questão foi discutida quando estudamos sobre eutanásia, transplante e transfusão sanguínea” Q 25 (disciplina de Bioética)

“Na interferência/influência da religião sobre o aborto” Q 37 (disciplina de Saúde Integral da Mulher)

“A espiritualidade ser abordada no processo morte-morrer junto aos familiares e como abordagem terapêutica aos pacientes terminais” Q 31 (disciplina de Introdução aos Cuidados)

“As freiras prestavam um cuidado humanizado pelo amor à Deus e a religião, a discussão foi sobre a influência da religião no cuidado de enfermagem” Q 1 (disciplina de Processo histórico de enfermagem)

Percebe-se com relação aos assuntos discutidos nesta tese, exceto quanto aos aspectos históricos, que há um constante debate referente às questões éticas. Tais questões demandam do enfermeiro um sólido conhecimento do Código de Ética de Enfermagem – Resolução COFEN nº 311/2007 –, onde, depreende-se com relevo que, independente do ciclo vital e até mesmo após a morte, o enfermeiro deve respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa que ele está cuidando ou do representante legal¹⁸ da mesma.

Mattos (2005, p.5) assevera que: “a humanização é uma operação de resgate das relações [...] ela é sempre relacional: com as pessoas, com a técnica, com os ambientes”. Ainda de acordo com este autor, acolhimento, vínculo, valorização da escuta e organização dos serviços centrados nos usuários, são alguns dos valores defendidos tanto “sob a alcunha” da humanização quanto da integralidade.

O autor supracitado (p.5) acredita que esses dois conceitos se confundem, principalmente porque dizem respeito ao SUS. Para ele,

a primeira observação é que integralidade é um princípio do SUS. Sendo assim, não faz sentido, por exemplo, pensar numa ‘política de integralidade’, como acontece com a humanização, porque ela diz respeito a todas as políticas. Ele explica que a humanização nasce como nome para a trajetória de lutas e propostas de determinados grupos. Já o princípio da integralidade vem do próprio movimento mais geral da reforma sanitária, o que significa que é “um desejo de toda a sociedade brasileira.

Diante deste panorama, Mattos (2005, p.5) esclarece que também existem alguns sentidos da integralidade que ‘trans-bordam’ a humanização. “É possível imaginar um atendimento humanizado, mas que não articule, por exemplo, a atenção com a prevenção, o que é indispensável para que se tenha integralidade”.

¹⁸ A concepção de representante legal se refere ao responsável pela condução – em juízo ou não – dos interesses de outrem, que não esteja dotado de capacidade absoluta, em estrita consonância com os termos da legislação civil vigente, para o exercício de todos os atos da vida civil.

Reconceituando, então, a ideia que a humanização atravessou nos últimos anos e ainda atravessa, é indiscutível que a mesma cada vez mais se aproxima da integralidade. Para Mattos (2005, p.5):

há muito mais de integralidade nas propostas do HumanizaSUS do que havia no Programa de Humanização do Parto.[...] Trabalhar na perspectiva da integralidade exige, necessariamente, um cuidado humanizado e uma gestão preocupada com isso. [...] Só não podemos achar que humanização e integralidade são idéias que competem.

Com isso, tudo leva a crer que, discutir com os alunos o tema da humanização requer um entendimento sobre a confusão dos conceitos referidos nesta tese e, principalmente, clamar pela reflexão do aluno sobre os aspectos religiosos e espirituais no cuidado, buscando contribuir para uma prática humanizada e integral. Outro destaque interessante é quanto à menção de gestão trazida à tona pelo autor em tela, de modo que, se o gestor não se preocupar com as questões religiosas e espirituais, fica mais difícil trabalhar com a vertente da humanização com vistas à integralidade. Ainda nesse diapasão, mas sob outra ótica, uma das preocupações da gestão reside justamente em saber o entendimento do processo educativo, ou pelo menos, dos discentes e docentes sobre a integralidade e a humanização.

Ante a apresentação do dito em sala de aula, prosseguindo com a descrição e a discussão dos dados, será delineado adiante o segundo momento, através do qual os acadêmicos de enfermagem identificarão as disciplinas teóricas que não abordaram ou discutiram a religiosidade e a espiritualidade – o não dito em sala de aula.

Dentre os cinquenta e dois (52) acadêmicos, seis (6) ou 11,6% responderam que em nenhum momento foi percebido por eles tal discussão.

Em que pese o 1º período do curso de graduação em enfermagem do UNIPLI, as disciplinas que não abordam religiosidade e espiritualidade, são: Análise Ambiental, Citologia e Histologia, Anatomia, Construção do Imaginário Textual, Educação e Saúde, e Informática aplicada.

No 2º período não foram citadas as seguintes disciplinas: Relacionamento e Comunicação em Enfermagem, Fisiologia, Bioquímica, Biofísica e Metodologia Científica.

Com relação ao 3º período as disciplinas que não foram descritas, foram: Microbiologia, Parasitologia, Patologia Geral, Imunologia e Fundamentos da Nutrição à Saúde.

No que concerne ao 4º período as disciplinas não pontuadas foram as seguintes: Farmacologia, Bioestatística e Enfermagem e Epidemiologia.

Proporcionalmente o 5º período é o que mais aborda a questão da religiosidade e espiritualidade, pois, dentre seis disciplinas oferecidas, apenas uma – Enfermagem na Saúde Integral da Criança – não foi citada.

No 6º período das oito disciplinas existentes, seis não foram citadas, são elas: Enfermagem na Saúde Integral do Adulto e Idoso II, Enfermagem em Saúde do Trabalhador, Enfermagem em Emergência e Primeiros Socorros, Enfermagem em Terapia Intensiva em Unidades Especiais, Capacitação Pedagógica do Enfermeiro e Pesquisa em Enfermagem. Sendo assim, resguardadas as devidas proporções, este é o período com mais disciplinas identificadas pelos alunos que não abordam, discutem ou refletem na teoria as questões atinentes à religiosidade e/ou à espiritualidade.

Já o 7º e o 8º períodos não foram citados, o que, de certa forma se justifica pelo fato de que nestes períodos não existem disciplinas teóricas, mas tão-somente práticas.

Na análise do motivo pelo qual os alunos não perceberam a discussão sobre a religiosidade e a espiritualidade nas disciplinas acima consignadas, verifica-se que, quanto ao 1º período, do total de 9 (nove) disciplinas, apenas 3 (três) abordaram e discutiram a referida temática com os acadêmicos, ou seja, 6 (seis) não discutiram – a maioria. Diante deste fato, algumas análises podem ser feitas: a maioria das disciplinas tem foco biomédico; quando se trata do início da graduação, muitos alunos ficam “sedentos” e preocupados com a formação técnica, e, principalmente, com a “temida” anatomia.

Quanto ao segundo período, do total de 7 (sete) disciplinas, apenas 2 (duas) abordaram questões referentes à religiosidade e à espiritualidade. Nota-se, contudo, que estão consolidadas na grade curricular dos acadêmicos de enfermagem do UNIPLI, as disciplinas teóricas consideradas “pesadas”, “difíceis” e “preocupantes” pelos mesmos, tais como: fisiologia, bioquímica e biofísica. Sendo assim, é possível que estes alunos possam não ter percebido a abordagem realizada sobre o assunto em voga. Além disso, como no 1º período a maioria dos professores do UNIPLI não têm formação na área de enfermagem,

tudo leva a crer, que não realizam a devida conexão entre o que é dito e o que é feito na prática do cuidar.

Concernente ao 3º período, do total de 8 (oito) disciplinas, somente 3 (três) abordam o assunto da religiosidade e da espiritualidade. A análise pode ser vislumbrada sob uma ótica semelhante aos motivos arrazoados no 2º período, mas no terceiro período, as disciplinas “temidas” e que “preocupam” os alunos são outras, como por exemplo, a Microbiologia, Parasitologia, Patologia e Imunologia.

No 4º período ocorre, de fato, uma aproximação dos acadêmicos de enfermagem do UNIPLI com os docentes enfermeiros, bem como se verifica neste período, que, de 7 (sete) disciplinas, 3 (três) têm ensino prático. Porém, destas 7 (sete) disciplinas, 4 (quatro) não abordaram questões relativas à religiosidade e à espiritualidade. Isso demonstra que nem mesmo a aproximação dos docentes enfermeiros, que têm o condão de correlacionar com efetividade a teoria com a prática do cuidar, garantiu a percepção dos alunos em sala de aula sobre a religiosidade e a espiritualidade.

No que tange ao 5º período, houve uma mudança significativa de cenário, pois, das 6 (seis) disciplinas oferecidas aos alunos, somente em uma não se discutiu a religiosidade e a espiritualidade. Isso pode ser analisado pelo fato de que neste período, o aluno já passou pelas disciplinas consideradas “temidas” e, nessa medida, só cursam àquelas com foco direto na prática do cuidar e, sobretudo, com docentes enfermeiros. O único adendo a ser feito, reside no fato de que a única disciplina que não abordou a religiosidade e a espiritualidade foi a “Enfermagem na Saúde Integral da Criança e do Adolescente”. Este resultado causa certo estranhamento, visto que, levantando a produção científica da enfermagem sobre a religiosidade e a espiritualidade, restou demonstrado que existem questões importantes relacionadas com o cuidado da criança, tais como: com crianças pré-termo internadas na UTIN, má-formação congênita, síndromes e doenças crônicas infantis.

Quanto ao 6º período, de 8 (oito) disciplinas oferecidas no curso de graduação em enfermagem do UNIPLI, 6 (seis) não discutiram a religiosidade e a espiritualidade com os acadêmicos. Frise-se, no entanto, que neste período existem 5 (cinco) disciplinas teórico-práticas e, destas, 4 (quatro) não abordaram tal temática. Com relação à “Enfermagem em Saúde do Trabalhador”, à “Enfermagem em Emergência e Primeiros Socorros”, à “Enfermagem em Terapia intensiva em Unidades Especiais” e à “Enfermagem na Saúde

Integral do Adulto e Idoso II”, destacam-se as duas últimas, pois, simples levantamento da produção científica sobre tais assuntos é capaz de demonstrar um campo frutífero de pesquisas estruturadas com a religiosidade e a espiritualidade, principalmente, se for levado em consideração o fato da valorização deste tema pelos idosos. As demais disciplinas que não abordaram tais questões são as seguintes: “Capacitação pedagógica e Docência em Enfermagem” e “Pesquisa em Enfermagem”.

Cabe analisar, ainda, as disciplinas do curso de graduação em enfermagem do UNIPLI que não têm prática, ou seja, que são estritamente teóricas – total de 32 (trinta e duas). Destas, somente 8 (oito) discutem, abordam e refletem a religiosidade e a espiritualidade, ou seja, 75% das disciplinas teóricas não destacam tais questões, o que denota a pouca valorização destes aspectos nos momentos teóricos.

Desse modo, observa-se que as disciplinas teóricas pouco abordam e discutem sobre religiosidade e espiritualidade, ou seja, pode-se dizer que os conteúdos das mesmas não assinalam a dimensão das necessidades de saúde do cliente como um norte para a prática do cuidar. Tal quadro é preocupante, na medida em que apresenta claros sinais de um conteúdo teórico fragmentado, descontextualizado social e culturalmente, onde, a dimensão peconizada é a biológica, ao contrário do raciocínio delineado por Stotz (1991). Para este autor, a prática em saúde é ampla e vai além da dimensão biológica, perpassando pelas dimensões culturais, econômicas, ecológicas e políticas.

Isto é, os conteúdos teóricos são importantes para que os alunos de enfermagem possam buscar fundamento de validade no exercício prático da sua profissão. E, considerando que os acadêmicos de enfermagem têm como objeto o cuidado, nota-se que as disciplinas de cunho teórico quando esquecem questões relacionadas com a religiosidade e a espiritualidade, não atendem a dimensão cultural desejada.

Batista & Batista (2008) ressaltam que o termo “disciplina” tem origem na expressão latina *discere pueris* e significa aquilo que se diz (ensina) às crianças, numa indicação clara de seu caráter prescritor e limitante. Ademais, as disciplinas podem ser observadas sob dois enfoques, o epistemológico e o pedagógico. O primeiro é um saber especializado, ordenado e profundo, que permite ao homem o conhecimento da realidade, a partir de especificidades, ao mesmo tempo em que deixa de levar em consideração o todo de que faz parte, ou seja, se aproxima das ciências. No segundo enfoque, as disciplinas são

atividades de ensino de uma determinada área da ciência, conferindo ao processo elementos de ordem e organização.

Nesse sentido, as disciplinas sob um enfoque epistemológico e realçado pelo pedagógico, constituem elementos isolados, existindo “em si próprias”, com uma inserção curricular, geralmente de forma acrítica e que nem sempre respondem às necessidades de formação do futuro profissional. Os autores retromencionados destacam ainda que, a fragmentação disciplinar tem reflexos na tendência das especializações, que, na maioria das vezes, já ocorre na graduação, fazendo com que alunos e professores privilegiem conteúdos em detrimento de outros. E, portanto, a religiosidade e a espiritualidade podem integrar esse “rol” de conteúdos que não interessam.

Tal raciocínio não se coaduna com as lições de Tocantis (1993), já que, para a autora, deve-se ampliar a assistência de enfermagem para além das necessidades já estabelecidas, com envolvimento das necessidades sentidas e expressadas pelos clientes, tal como a necessidade religiosa e espiritual. Isto corrobora a tese da importância acerca da discussão deste assunto em algum momento da formação profissional do enfermeiro.

Finaliza-se, este foco, com a inquietação quanto ao conhecimento do entendimento das necessidades de saúde e da conseqüente relação que é feita com as disciplinas ministradas sobre o cuidado, que os alunos de enfermagem – futuros enfermeiros – irão realizar academicamente ou profissionalmente. Da mesma forma, não pode ser olvidado o conhecimento do gestor sobre as questões supracitadas e a apresentação de tais resultados, de modo a lograr maneiras de incluir as dimensões ampliadas do cuidado nos conteúdos teóricos, não só questões concernentes à religiosidade e à espiritualidade – foco deste estudo –, mas também todas as outras dimensões. Busca-se, com isso, que a prática dos acadêmicos ultrapasse aquela já existente, bem como seja uma boa prática, que, de acordo com Mattos (2001) e Pinheiro (2001), contribua para a integralidade do cuidado.

No terceiro momento, oportunamente, serão descritas as disciplinas práticas que abordaram, discutiram ou realizaram práticas de cuidar com referência à religiosidade e à espiritualidade – o feito na prática do cuidar. Assim, foi solicitado aos sujeitos desta pesquisa que descrevessem e exemplificassem a forma pela qual a religiosidade e a espiritualidade foram abordadas, discutidas, refletidas ou realizadas nas ações práticas do cuidar no curso de graduação em enfermagem.

Dentre os 52 (cinquenta e dois) acadêmicos de enfermagem do UNIPLI – sujeitos da pesquisa –, 32 (trinta e dois) ou 61,6% identificaram e exemplificaram como a religiosidade e a espiritualidade foram abordadas na prática do cuidar no curso. Dentre estes 32 (trinta e dois), 20 (vinte) alunos identificaram em somente uma disciplina, já 12 (doze) identificaram em duas disciplinas. É conveniente salientar que os alunos também podiam responder mais de uma disciplina, assim como nos conteúdos teóricos, porém, a maioria aqui identificou em apenas uma disciplina, diferente da teoria, que a maioria identificou em duas.

No primeiro momento a maioria dos alunos pontuou mais de um momento prático, no que pertence à prática de uma disciplina teórico-prática ou somente prática, que abordam ou discutem a religiosidade e a espiritualidade. As disciplinas citadas pelos alunos estão arranjadas adiante no quadro doze (12).

Períodos	Disciplinas
3º	Semiologia e Semiotécnica I
4º	Enfermagem no Programa Saúde da Família Semiologia e Semiotécnica II
5º	Saúde Mental I Saúde Integral da Mulher Administração de Enfermagem em Unidades Hospitalares Enfermagem na Saúde Coletiva Enfermagem na Saúde Integral da Criança e Adolescente
6º	Saúde Mental II Enfermagem na Saúde Integral do Adulto e do Idoso II
7º	Estágio Supervisionado I
8º	Estágio Supervisionado II

Quadro 12: Disciplinas teórico-práticas que abordam, discutem ou refletem sobre a religiosidade e a espiritualidade.

Constata-se que, em todos os períodos que contêm disciplinas teórico-práticas ou somente práticas, foi percebida a discussão e as ações na prática do cuidar sobre a religiosidade e a espiritualidade – o feito na prática do cuidar.

Assim, diferente das disciplinas teóricas, das quais 25% abordaram, discutiram ou refletiram sobre a religiosidade e a espiritualidade, nas práticas 66,7% das disciplinas discutiram, refletiram ou realizaram ações voltadas para cuidar considerando no seu escopo questões atinentes sobre religiosidade e espiritualidade.

A única disciplina citada do 3º período, “Semiologia e Semiotécnica I”, trata-se de uma disciplina eminentemente teórico-prática. Porém, neste período existe outra disciplina teórico-prática “a Administração de enfermagem em unidade básica”, a qual não foi citada.

Ademais, o 5º período novamente foi onde mais se discutiu e realizou ações sobre a religiosidade e a espiritualidade, porém, nos momentos práticos, ressalta-se que em quase todas as disciplinas deste período foi observada a discussão e as ações na prática do cuidar sobre o mencionado tema, menos na disciplina “Enfermagem na Saúde Integral do Adulto e do Idoso I”.

Vale ressaltar, outrossim, que no 6º período os alunos têm cinco disciplinas teórico-práticas, e somente duas foram citadas. Por último, salienta-se que, no 7º e 8º períodos os alunos só têm como disciplinas práticas os “Estágios Supervisionados I e II”, e ambos foram identificados.

Portanto, fato é que nas duas disciplinas estritamente práticas “Estágios Supervisionados I e II”, os alunos realizam discussões, refletem ou realizam práticas relacionadas com a religiosidade e com a espiritualidade.

Assim, tendo em vista o que foi feito nas disciplinas teóricas e nas teórico-práticas ou apenas nas práticas, além das disciplinas terem sido citadas, os sujeitos da pesquisa descreveram como a religiosidade e a espiritualidade foram abordadas, discutidas e as ações na prática foram realizadas no cuidar.

Outro ponto conexo com o primeiro momento da análise, relativo à maneira de abordar, discutir e realizar ações, foi quanto ao respeito aos clientes, aos direitos dos mesmos – discutindo a legalidade, o lidar e o cuidar diante de tais questões.

Quanto ao respeito no cuidar demandado pelos clientes, em especial nas questões referentes aos preceitos legais e éticos, seguem, adiante, alguns relatos vivenciados pelos acadêmicos:

“Foi na VD (visita domiciliar) [...] Ao entrar na casa dos outros temos que respeitar, saber lidar com diversidade cultural de cada um, suas crenças e não temos que demonstrar medo, mas para isso é preciso conhecer”. Q44 (Disciplina de Enfermagem do Programa Saúde da Família)

“A prática do cuidado foi pautada no preceito de respeito, amor ao próximo e da cumplicidade com o ser cuidado, é um direito do paciente” Q33 (Disciplina de saúde mental I e II)

“O paciente queria receber orações, a preceptora autorizou e disse que o paciente tem o direito legal de independente de sua religião, de receber as aorações, pois, se bem não fizer, mal também não vai fazer” Q4 (disciplina de Saúde do adulto e idoso II)

Diante destes resultados, observa-se que, os acadêmicos de enfermagem ao realizarem práticas de cuidado, vivenciaram de alguma maneira os aspectos relacionados com a religiosidade e a espiritualidade dos clientes, com o foco no respeito e nos direitos dos mesmos.

De fato, a prática do cuidar deve ser respaldada no respeito ao cliente, independente da crença religiosa e das suas convicções de foro íntimo, o que se depreende através da interpretação sistemática dos preceitos cristalizados na Resolução COFEN n° 311/2007 – Código de Ética de Enfermagem (COFEN, 2007).

Ademais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, que extrai fundamento de validade na Constituição Federal, na Lei n° 8.080/90, na Lei n° 8.142/90, bem como na necessidade de promover mudança de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão. O 3° princípio desta Carta assegura aos indivíduos um atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando proporcionar uma igualdade de tratamento e uma relação mais pessoal e saudável, e, principalmente nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, sejam salvaguardados os seguintes aspectos: a integridade física; a privacidade e o conforto; a individualidade; os seus valores éticos, culturais e religiosos; a

confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; a segurança do procedimento; e o bem-estar psíquico e emocional (BRASIL, 2006c).

Sendo assim, o acadêmico de enfermagem deve realizar a sua prática de cuidado com lastro no respeito aos direitos dos indivíduos, de modo que as suas convicções religiosas e de foro íntimo não sejam constringidas, em consonância com os direitos fundamentais consolidados na Carta da República de 1988, notadamente no artigo 5º, incisos VII – liberdade de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva –, VIII – não-privação de direitos por motivo de crença religiosa – X – inviolabilidade da vida privada, intimidade, honra e imagem.

Diante desta conjuntura, é pertinente considerar que a prática do cuidado pautada no respeito ao indivíduo e aos seus direitos desde a academia, pode contribuir, sobremaneira, para que no futuro, este acadêmico se torne um enfermeiro comprometido com o cuidado integral.

Em que pese à forma como proceder e cuidar, empreendida pelo acadêmico de enfermagem, durante o exercício profissional na assistência, ressalta-se:

“Através do diálogo com o paciente, muitas das vezes, eles alegam sua condição atual (de doença) ser por vontade de Deus e que Deus vai curar. Foi dialogando, escutando com atenção e com jeitinho [...]também precisamos fazer a nossa parte, isso faz parte do cuidar” Q43 ((Disciplina de Semiologia I e II)

“Temos que cuidar não só do corpo, mas também do espírito, para isso precisamos captar as coisas nem sempre ditas” Q45 (Disciplina de Enfermagem em Saúde Mental I e II)

“Diante do paciente crítico, os familiares ao conversarem comigo, lidei da seguinte forma, falei de Deus e tentei confortá-los. O resultado foi muito bom” Q23 (Disciplina de Estágio Supervisionado I e II)

De acordo com os relatos acima consignados, evidencia-se que o lidar e o cuidar do enfermeiro, de fato, deve se respaldar dentre outras formas, no diálogo, na escuta ativa e sensível, ou seja, valorizando o que o outro – quem está sendo cuidado – tem a dizer.

Mattos (2005) refletindo sobre esta questão traça um interessante raciocínio quanto à formação dos profissionais de saúde. Este autor assevera que se as questões técnicas forem vislumbradas tão-somente sob o prisma biomédico, os acadêmicos podem ser reprovados ou mesmo não se formarem, caso não obtenham êxito na comprovação das competências e habilidades técnicas para tanto. Porém, ainda não existe um instrumento capaz de impedir que o acadêmico de enfermagem siga adiante na sua formação profissional, caso ele não seja capaz de escutar, conversar, ter flexibilidade e preencher uma série de outros requisitos para um atendimento mais humanizado e integral.

Essa reflexão é interessante e muito atraente, principalmente na prática do cuidar, pois, trazendo fatos à tona da época em que era acadêmica de enfermagem, por diversas vezes fui “chamada à atenção” por estar “perdendo tempo”, ante a adoção de técnicas voltadas para o cuidado integral do cliente. Essa questão por mais que tenha ocorrido durante a minha graduação em enfermagem, continuou na prática profissional, onde, não raro, as pessoas tinham a concepção das minhas atitudes como sendo algo voltado para a “fofoca”, na medida em que buscava compreender o “modo de andar na vida” do cliente.

Quanto à escuta, Mehry (2002) a classifica com uma tecnologia leve – tecnologia das relações –, que deve ser utilizada e priorizada no cuidado, visto que é capaz de propiciar o acolhimento necessário, de modo que, o cliente e o profissional de saúde possam se beneficiar deste momento. Para o autor em referência, existem três tipos de tecnologia, a saber: a dura, relacionadas a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; a tecnologia leve-dura compreende todos os saberes bem estruturados que atuam no processo de saúde; e a tecnologia leve, refere-se às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização.

Ocorre que, no setor saúde, os enfermeiros pouco dialogam com os clientes que cuidam, preocupam-se com as técnicas, os exames, os procedimentos que serão realizados, e, com isso, não constroem uma relação interpessoal com o cliente. Aliás, cumpre questionar se o ato de realizar apenas procedimentos técnicos não é um descuido, já que, o cuidado jamais será integral sem diálogo, sem conhecer o “modo de andar na vida” do cliente, suas necessidades, dentre elas a existência ou não de necessidades religiosas e espirituais.

Desse modo, o gestor acadêmico deve procurar valorizar formas de inserir na formação do enfermeiro, instrumentos avaliativos que priorizem a tecnologia leve, contribuindo, assim, para a integralidade do cuidado.

Os temas vivenciados na prática de cuidar ocorrem na visita domiciliar ou hospitalar com realizações de orações e músicas, na recusa dos clientes de procedimentos, tratamentos e medicamentos, na preocupação de proporcionar segurança e conforto, minimizar a ansiedade do cliente e oferecer um cuidado integral.

Em quase todos os exemplos, as vivências práticas e a visita hospitalar foram os momentos mais destacados pelos acadêmicos, principalmente no que tange à visita, às orações, às músicas, às rezas e às bençãos, seja de familiares ou de representantes religiosos.

“Ao realizar a visita domiciliar nos deparamos com a vida de cada pessoa, inclusive com os aspectos da religiosidade/espiritualidade Assim, temos que nos atentar para suas necessidades e abordar tais questões, pois só assim estaremos cuidando integralmente a pessoa, a família e a comunidade.” Q31 ((Disciplina de Enfermagem do Programa Saúde da Família)

“Alguns clientes desejam, dizem ter necessidade e pedem orações para seu grupo religioso na hora da visita” Q9 (disciplina de Saúde do adulto e idoso II)

“Todo dia no horário da visita tem um padre abençoando algum paciente, vi isso o tempo todo” Q3 (disciplina de Saúde do adulto e idoso II)

“Na hora da visita, familiar e paciente, costumam focar a questão da religião e a presença de Deus” Q25 (disciplina de Semiologia II)

“Respitando a vontade da família e deixando um membro religioso entrar para complementar na recuperação do cliente, pois este era o seu desejo.” Q8 (Disciplina de Estágio I e II)

Como já foi colacionado em diversas passagens desta tese, a Constituição Federal garante o direito fundamental à liberdade de crença e de religião, bem como o direito à intimidade e à privacidade dos indivíduos por convicções religiosas. Esta questão é de suma importância, na medida em que os enfermeiros não devem assumir eventuais posturas opressoras sem embasamento, muito pelo contrário, devem atuar de forma ética e com respeito aos preceitos legais. Por tal razão, o fato dos enfermeiros não comungarem com as crenças, a manifestação religiosa ou espiritual dos clientes, ou até mesmo por medo de “perder o controle” em certas situações, não representam justo motivo para cercear as manifestações de cunho religioso e espiritual.

A título exemplificativo, na prática do cuidar alguns clientes podem manifestar as suas crenças por meio de orações e músicas, e, na hipótese fática, podem vir a ser impedidos por enfermeiros, sob a justificativa de que “perturbam” outros clientes que estão no mesmo espaço – enfermaria. Diante desta situação, é importante que o enfermeiro conheça nos termos da sistematização da assistência (SAE), os aspectos emocionais (crença religiosa) e as necessidades psíquicas dos clientes que irão cuidar, de forma a viabilizar uma organização dos leitos para satisfazer as necessidades do cliente, respeitando e assegurando a sua integridade e individualidade, consagrando, sobretudo, as diferenças dos valores.

Grün & Dufner (2008) destacam que o canto espanta a tristeza, e, por isso, tem um efeito terapêutico, sendo assim, pode ser considerado como um instrumento aliado do cuidado.

A condição para o exercício da gerência do enfermeiro é marcada pela incorporação de mecanismos de controle, de poder. Assim, há a necessidade do enfermeiro se inteirar das crenças dos clientes para evitar que, no período de internação hospitalar, os mesmos, por exemplo, recebam visitas indesejadas de integrantes de alguma religião com a qual não tenham afinidade. Desse modo, cabe ao profissional de enfermagem indagar ao cliente sobre a sua vontade de receber tais visitas e quais visitas, sejam elas de representantes religiosos, espirituais ou da própria família.

Por fim, como mencionado por um acadêmico, de modo a cuidar integralmente dos aspectos da religiosidade e da espiritualidade devem ser contemplados os aspectos que

fazem parte do “modo de andar” na vida da pessoa que vai ser cuidada e também de quem vai cuidar, na medida em que estes influenciam os pensamentos, os sentimentos e as ações.

Outra vivência prática bastante exemplificada pelos acadêmicos é voltada para os aspectos religiosos e espirituais dos clientes, notadamente quanto à recusa dos mesmos para a submissão aos procedimentos, aos tratamentos ou aos medicamentos.

“Alguns resusam procedimentos, tratamentos por questões religiosas” Q19 (disciplina de Saúde do adulto e idoso II)

“Um paciente recusou a medicação, dizendo que o Senhor é quem cura” Q17 (Disciplina de Semiologia I e II)

“Paciente Testemunha de Jeová com anemia profunda recusou a transfusão sanguínea. Eles [familiares] assinaram o termo de responsabilidade e não demos continuidade ao procedimento” Q10 (Disciplina Estágio Supervisionado I e II)

“Familiares não autorizaram na hora da morte a doação/transplante pela visão espiritual” Q’45 (Disciplina de Estágio I e II)

A recusa do cliente em se submeter à intervenção – transfusão sanguínea – pelo enfermeiro, quando pautada na sua convicção religiosa ou espiritual, como asseverado anteriormente possui proteção constitucional, diante da inviolabilidade da intimidade e da privacidade do indivíduo (BRASIL, 1988). A reflexão que deve ser feita, no presente caso, reside no fato de que direito à vida não tem apenas o aspecto físico da conservação biológica do corpo que deve ser observado, mas também e, principalmente, os elementos imateriais – morais, espirituais e emocionais.

É cediço que as transfusões evoluíram muito nos últimos anos e, atualmente, já existem outras alternativas. Gil (2005) em dissertação de mestrado, destaca que já foram realizadas inclusive, cirurgias sem o uso de sangue, com por exemplo, usando a eritopoetina (substância que estimula o aumento dos valores de hemoglobina no sangue e deve ser usada no período pré-operatório, de preferência três semanas antes da data prevista

para a cirurgia), a qual é uma técnica de baixa custo, eficaz e segura. Ainda de acordo com a citada autora, cabe ser discutida a real necessidade da transfusão sanguínea, pois, esta acabou se tornando uma prática ou prescrição corriqueira, que, por vezes, não se faz tão necessária.

De modo a ratificar este raciocínio, Leiria (2009, p.1), menciona algumas alternativas às transfusões sanguíneas:

- a) Dispositivos cirúrgicos para minimizar a perda sanguínea: eletrocautério/eletrocirurgia; cirurgia a laser; coagulador com raio de argônio;
- b) Técnicas e dispositivo para controlar hemorragias: pressão direta; agentes hemostáticos; hipotensão controlada;
- c) Técnicas cirúrgicas e anestésicas para limitar a perda sanguínea: hipotermia induzida; hemodiluição hipervolêmica, redução de fluxo sanguíneo para a pele; recuperação sanguínea intraoperatória;
- d) Dispositivos e técnicas que limitam a perda sanguínea iatrogênica: oxímetro transcutâneo; uso de equipamento de microcoletagem;
- e) expansores de volume lactato de Ringer; solução salina hipertônica; colóide Dextran.

Considerando tais proposições, o cliente ao recusar a realização do procedimento de transfusão sanguínea, faz com que os enfermeiros conheçam quais as alternativas viáveis e pensem nas respectivas possibilidades de ação, desde que, obviamente, o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana seja devidamente salvaguardado.

Outro ponto que merece destaque é quanto à inviolabilidade da intimidade e da privacidade que são, nos termos da Carta Republicana de 1988, qualificados como direitos fundamentais. Portanto, cabe a seguinte reflexão: o cliente ao ser transfundido contra a sua própria vontade e princípios, a sua intimidade e privacidade não estarão sendo violadas pela mancha causada junto aos seus “irmãos” ou “companheiros” de crença religiosa?

Destaca-se, ainda, com apoio no parágrafo único, do artigo 1º da Lei nº 8.080/90, que a intimidade da pessoa a ser cuidada deve ser preservada, pois, o cuidado não deve ser apenas quanto ao aspecto físico, mas também devem ser garantidos o bem-estar mental e social.

Além do mais, admite-se com base no princípio constitucional da legalidade¹⁹, que ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, salvo em virtude da lei.

¹⁹ Constituição Federal de 1988 - “Artigo 5º, inciso II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

Porém, de acordo com Leiria (2009) no Brasil, não há lei dispendo acerca da obrigatoriedade de aceitação de transfusões sanguíneas, ou qualquer outro tratamento ou procedimento, de forma que, esta recusa é cabalmente admissível e deve ser respeitada.

O mesmo autor aponta outra base legal que legitima a recusa do cliente à submissão forçada aos tratamentos e aos procedimentos em geral. Trata-se do disposto no artigo 15 do Código Civil brasileiro, o qual prescreve que: “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou à intervenção cirúrgica”.

Também merece evidência o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o qual é considerado por muitos juristas, como um “superprincípio”, nascedouro da necessidade de respeito à integridade física, psíquica e intelectual do indivíduo. Este princípio se relaciona, também, à proteção da igualdade e da liberdade do ser humano. Ressalta-se, porém, que o princípio da dignidade da pessoa humana – e não o direito à vida – se qualifica por ser um dos fundamentos da Constituição da República de 1988 (art. 1º, inciso III). Assim, deve-se promover o bem de todos, sem qualquer forma de discriminação, inclusive religiosa.

Sarlet *apud* Leiria (2009, p.1) destaca que:

a dignidade da pessoa humana é simultaneamente limite e tarefa dos poderes estatais e, no nosso sentir, da comunidade em geral, de todos e de cada um, condição dúplice esta que também aponta para uma paralela e conexas dimensão defensiva e prestacional de dignidade. Como limite, a dignidade implica não apenas que a pessoa não pode ser reduzida à condição de mero objeto da ação própria e de terceiros, mas também o fato de a dignidade gerar direitos fundamentais (negativos) contra atos que a violem ou a exponham a graves ameaças. Como tarefa, da previsão constitucional (explícita ou implícita) da dignidade da pessoa humana, dela decorrem deveres concretos por parte de tutela por parte dos órgãos estatais, no sentido de proteger a dignidade de todos, assegurando-lhe também por meio de medidas positivas (prestações) o devido respeito e promoção.

Assim, não é de todo absurdo inferir que a recusa do cliente na realização de procedimentos e/ou tratamentos representa uma violência, não só de natureza corporal, mas também com relação ao seu “modo de andar na vida” e compreensão do mundo da religiosidade ou espiritual. Ademais, neste momento é importante ventilar a seguinte problemática: será que a vida sem dignidade não é menos interessante para a pessoa que está sendo cuidada, do que a própria morte, mas com o devido respeito às suas convicções religiosas ou espirituais?

Fato é que, não raro, para pessoas com convicções religiosas ou espirituais ortodoxas, a vida sem dignidade pode se configurar em uma morte na vida religiosa ou espiritual, ou seja, uma intervenção forçada pode até manter a pessoa viva, mas será que esta pessoa que está sendo cuidada está disposta a arcar com este ônus?

Os profissionais de saúde não devem fazer julgamentos precipitados, já que, por vezes, podem “considerar um absurdo” que essas pessoas prefiram a morte, tachando-as até mesmo como ignorantes. Mas por outro lado, certo é que este julgamento não cabe aos enfermeiros e a qualquer outro profissional de saúde. Até porque, esta é uma questão que nem mesmo entre os juristas e nos julgamentos proferidos nos Tribunais de todo o país, há uma pacificação sobre qual a orientação deve ser adotada. Isto é, se de um lado temos a inviolabilidade da intimidade e da privacidade por convicções religiosas, a proteção da dignidade da pessoa humana, a liberdade na escolha do direito de crença e religião, de outro temos o direito fundamental à vida.

Leiria (2009, p.2) indaga com fundamento na proteção constitucional do direito fundamental à vida, o seguinte: o indivíduo que está sendo cuidado pode recusar tratamento médico em caso de iminente risco de vida? Para este autor, “parece extremamente razoável dizer que o termo ‘inviolabilidade’ não deva ser interpretado no sentido de proibição do indivíduo dispor da própria vida, mas sim como a impossibilidade de terceiro violar o bem da vida de outrem.” Assevera, ainda, que existe uma confusão nos conceitos de ‘inviolabilidade’ e ‘indisponibilidade’, para ele “inviolabilidade diz respeito a direitos outorgados a certas pessoas, em virtude do que não podem ser molestadas ou atingidas. Já a indisponibilidade é atributo daquilo que não se pode dispor ou ceder.”

Collins (2007) – cientista americano e diretor do projeto genoma – verbera que os profissionais de saúde não podem se colocar na posição de Deus, pois, o currículo profissional dos homens não é o suficiente para qualificá-los nesta posição, e que decisões difíceis surgem quando aparece o conflito entre ter o poder de cura e a obrigação moral de não causar danos. Portanto, o autor salienta a importância de alcançar tais dilemas, entender todas as nuances e tentar atingir um consenso, só que, para isso, as atuais batalhas entre as visões de mundo científica e espiritual, precisam ser resolvidas. Conclui afirmando o seguinte: “precisamos desesperadamente, que ambas as vozes estejam nesse debate, e que não estejam gritando uma com a outra” (p.275)

Para corroborar com a questão supramencionada, Maurino Júnior (2005, p.143) destaca:

quanta ilusão a dos nossos cientistas e filósofos de achar que podem entender os caminhos do Todo-Poderoso, quanta arrogância dos ateístas, que nem sequer parecem se incomodar com esses mistérios [...] Nossa mente e nossa consciência podem ser terinadas para reconhecer Deus em tudo que vemos e pensamos, sem a racionalização humana [...] esse deveria ser o testemunho e a contribuição dos homens da ciência que crêem na presença do sagrado no homem e numa religião do cérebro.

Com estas questões postas, os acadêmicos de enfermagem precisam compreender que para a realização dos procedimentos, deve-se informar o cliente ou responsáveis do procedimento que será realizado, bem como os benefícios, os riscos e as possíveis alternativas, isto é, não agir simplesmente sob um impulso mecânico ou técnico. Frise-se, não só quanto aos procedimentos considerados mais complexos e de risco, mas todos os procedimentos.

Desta feita, o cliente ou eventuais responsáveis escolherá o tratamento ou a intervenção que considerar mais conveniente, através do consentimento ou não, de forma esclarecida e autônoma. Destaca-se, ainda, que o artigo 18 da Resolução COFEN nº 311/2007, dispõe que deve haver respeito, reconhecimento e empreendimento de ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, tomar decisões sobre a sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar.

Também é imperioso consignar que o art 1º da Resolução COFEN nº 311/2007, dispõe que é dever do enfermeiro, exercer a profissão de enfermagem com liberdade, autonomia e, principalmente, segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

A fim de corroborar a linha de raciocínio erigida nesta tese, cumpre trazer à baila o trecho do voto – vencido – do Desembargador Marcos Antônio Ibrahim (processo julgado em 05/10/2004, pela 18ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro), consolidado no estudo realizado por Leiria:

O direito à vida não se resume ao viver [...] O Direito à vida diz respeito ao modo de viver, a dignidade do viver. **Só mesmo a prepotência dos médicos e a insensibilidade dos juristas pode desprezar a vontade de um ser humano dirigida a seu próprio corpo (negrito do autor).** Sem considerar os aspectos

morais, religiosos, psicológicos e, especialmente, filosóficos que tão grave questão encerra. A liberdade de alguém admitir, ou não, receber sangue, um tecido vivo, de outra (e desconhecida) pessoa. (LEIRIA, 2009, p.1).

Por último e, não menos importante, demonstrou-se a necessidade de discutir, refletir e realizar ações em conjunto com os acadêmicos de enfermagem, com o foco no respeito aos direitos dos clientes, de modo a contribuir no sentido de que os futuros enfermeiros respeitem não só a saúde física mas, especialmente, à dignidade do ser humano.

Outro aspecto que deve ser analisado é quanto à preocupação com a segurança, o conforto e a ansiedade do cliente. No que tange à segurança e ao conforto, identificou-se principalmente nos momentos críticos, vide os relatos delineados abaixo:

“A espiritualidade foi abordada como uma prática no Centro Cirúrgico com o objetivo de dar mais segurança e conforto” (Disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II)

“Na abordagem ao paciente crítico, sem perspectiva de melhora, a religiosidade e espiritualidade eram uma das maneiras mais adequadas de proporcionar conforto e segurança ao paciente” Q32 (Disciplina de Estágio Supervisionado II)

“Vivenciamos momentos de morte e a religiosidade e espiritualidade nos ajuda a vencer esse luto, e ajuda também a família no seu sofrimento e perda, conforta” Q40 (Disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II)

“Dei um apoio espiritual, acompanhei uma mãe com feto anencéfalo, no qual ela não podia abortar de forma a proporcionar segurança e conforto para ela” Q52 (Disciplina de Enfermagem na Saúde Integral da Mulher)

“Quando o paciente foi tomar banho, ele estava com câncer de laringe e em fase terminal, ele ficava rezando e ouvindo músicas evangélicas, e considerava isso importante, pois diminui a ansiedade” Q26 (disciplina de Semiologia I e II)

Em que pese o conforto, como já citado no art 18 da Resolução COFEN n° 311/2007, claro está que se trata de responsabilidade do enfermeiro respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o conforto e o bem-estar da pessoa que vai ser cuidada.

Desse modo, o enfermeiro deve prestar atos de cuidado não só com o foco nas técnicas e nos procedimentos, mas também oferecendo conforto. As questões religiosas e espirituais especialmente para as pessoas que as valorizam, pode ser uma estratégia que o enfermeiro terá que utilizar no cuidado, com vistas a proporcionar o conforto, a segurança e minimizar a ansiedade.

Quanto à segurança, o artigo 96 da Resolução COFEN n° 311/2007, diz que é proibido sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade. Assim, se a pessoa se sentir segura realizando ações religiosas e espirituais, esta deve ser respeitada e pode ser um facilitador para a recuperação da pessoa.

Ainda com o foco no fato de que muitos enfermeiros valorizam apenas a técnica no âmbito do exercício profissional, Waldow (1999) ressalta que nem todos os clientes recebem a prescrição de cuidados de enfermagem. Em contrapartida, só recebem tal prescrição os clientes que, segundo os enfermeiros com a visão técnica, necessitam de cuidados.

Os enfermeiros, de acordo com autora supracitada, diferenciam ainda o grau e a importância dos cuidados e os que envolvem a realização de procedimentos técnicos, principalmente os invasivos, os quais têm uma maior importância e destaque. Assim, para a referida autora, as prescrições são bastante rotineiras, de forma que as técnicas se restringem a situações decorrentes de patologias ou são complementares às prescrições médicas e biológicas. Nota-se, ainda, que há dificuldade em se registrar as situações que evidenciem o real estado emocional ou os aspectos sociais dos clientes, não havendo registro quanto à conduta adotada pelo enfermeiro.

Na prática do cuidar o conforto, a segurança e a ansiedade devem ser trabalhadas com os acadêmicos de enfermagem, para que os mesmos entendam a importância do cuidar integral e não menosprezem a função das técnicas a serem empreendidas de forma holística.

Segundo Cecílio & Merhy (2003), a fim de materializar a integralidade do cuidado, deve-se proporcionar um ambiente com a devida segurança e conforto para o cliente.

A ansiedade foi bastante focada pelos acadêmicos de enfermagem no pré-operatório dos clientes, conforme os relatos abaixo denotam:

“A religiosidade/espiritualidade no momento cirúrgico é mais fácil de ser observada, pois os pacientes se apegam a Deus como uma forma de ter sucesso na operação e reduzir o medo” Q31 (Disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II)

“No pré-operatório a religiosidade e espiritualidade serviam de controle da ansiedade” Q32 (Disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II)

De fato, ambiente operatório na maioria das vezes deixa a pessoa ansiosa e com medo do desconhecido e da incerteza do sucesso que será obtido na cirurgia. Neste momento, a pessoa que vai ser operada “entrega seu corpo” na mão dos profissionais de saúde, que, por vezes, não mantêm um relacionamento afetivo. Assim, na busca do cuidado integral, o enfermeiro do Centro Cirúrgico não deve se preocupar apenas com os aparatos tecnológicos, com o desenvolvimento das técnicas. Muito pelo contrário, o enfermeiro precisa reconhecer as necessidades imediatas que a pessoa clama neste momento e ter arte e habilidade para abordar os aspectos religiosos e espirituais, caso os considere necessário para contribuir na minimização da ansiedade e do medo do cliente.

Huf (2002) ressalta que a vivência religiosa traz benefícios positivos ao enfrentamento das situações angustiantes, promovendo a saúde mental e o equilíbrio interno. Trata-se de um fenômeno humano concretizador da fé, sendo que, independentemente da religião, aquele que tem fé supera mais efetivamente os desafios circunstanciais da vida. O exercício da fé como fonte de esperança, diminui a ansiedade e favorece o enfrentamento das situações de crise.

Se a religiosidade e a espiritualidade traz benefícios positivos, por que não conjugá-las com o cuidado de enfermagem? Caso o cuidado integral seja entendido como todas as dimensões do ser humano, por que os enfermeiros têm priorizado a dimensão biológica? Se o cuidado inclui desvelo, solicitude e atenção com o outro e a pessoa quem cuida deve se sentir envolvida afetivamente com quem vai cuidar, há sentido cuidar do físico, do biológico, omitindo a faceta psicospiritual?

Tais indagações representam a linha de raciocínio trilhada ao longo desta tese, as quais, indubitavelmente, devem ser ventiladas em discussões, refletidas, aprofundadas e instrumentalizadas na prática de cuidar, no intento de valorizar as necessidades de saúde de forma ampliada, buscando lograr, com isso, um cuidado ético e integral.

Apresentado o feito na prática do cuidado, dar-se-á continuidade na descrição e na discussão dos dados, ou seja, inaugura-se o quarto momento da apresentação com os resultados e a análise desta categoria, onde serão identificadas pelos acadêmicos de enfermagem, as disciplinas teórico-práticas e/ou apenas práticas, que não abordaram, discutiram e/ou realizaram práticas – **o não feito na prática do cuidar** –, relacionadas com os aspectos da religiosidade e espiritualidade.

Dentre os 52 (cinquenta e dois) acadêmicos, 20 (vinte) ou 38,5% responderam que em nenhum momento foram percebidas tais questões, seja nas discussões e reflexões ou nas práticas de cuidar.

A primeira análise a ser feita é que se comparado com o número de alunos (6 ou 11,6%) que não conseguiu identificar nas disciplinas teóricas a discussão e/ou reflexão sobre a religiosidade e/ou a espiritualidade com o número de alunos (20 ou 38,5%) que não identificou na prática, a diferença é significativa. Ou seja, somente seis alunos, 11,6%, não identificaram na teoria, enquanto 38,5% dos alunos não identificaram na prática. Sendo assim, o número de alunos que não identificou na prática do cuidar é superior significativamente daqueles que não identificaram na teoria. Sendo assim, os alunos tiveram mais dificuldade de identificar o não feito na prática de cuidar.

Para a análise dos dados, faz-se mister relembrar que os alunos iniciam a prática na instituição – UNIPLI – no 3º período, sendo assim, em relação a este período, a única disciplina “Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem I” que contém prática, foi citada na análise anterior.

Dessa forma, na prática do cuidar no 3º período, está sendo discutida, refletida e realizadas ações que abarcam a religiosidade e/ou a espiritualidade. Tal análise vai ao encontro dos referenciais desta tese, pois entendendo que a semiologia e a semiotécnica é o cerne do curso de enfermagem. De toda sorte que, no momento prático desta disciplina, os enfermeiros devem ser preparados para o cuidado integral.

No 4º período existem três disciplinas com momentos práticos, e não foram em todas que os alunos abordaram, discutiram e/ou realizaram práticas concernentes à religiosidade e/ou à espiritualidade. A disciplina que não foi citada neste período foi a “Administração em Enfermagem em Unidade Básica de Saúde”.

Ainda no que pese o 4º período, percebe-se que somente uma disciplina não foi citada. Porém, a disciplina referida, ao realizar a análise no PPC do curso de enfermagem, tem o foco administrativo, sem fazer relação com o relacionamento cliente-enfermeiro. Nesta disciplina, na prática, os alunos aprendem a administrar redes básicas de saúde, onde o foco desta administração são os sistemas de informação do Ministério da Saúde. Além disso, aprendem a preencher, armazenar e a pesquisar os documentos utilizados na unidade básica de saúde.

Não obstante os fatos delineados é incompreensível uma disciplina que não faça relação com o cuidado prestado ao cliente, limitando-se tão-somente nas questões de cunho administrativo. É imperioso que o aluno aprenda as questões administrativas, pois essa é uma atribuição do enfermeiro, que possui respaldo no artigo 66 da Resolução COFEN nº 311/2007, onde o enfermeiro tem o direito de exercer cargos de direção, gestão e coordenação na área de seu exercício profissional e do setor saúde. Entretanto, ao realizar a gestão, o enfermeiro vai atuar diretamente com pessoas que cuidarão de outras e que devem valorizar os aspectos religiosos e/ou espirituais.

No 5º período, apenas em uma disciplina, “Enfermagem na Saúde Integral do Adulto e Idoso I”, não foi abordada, discutida e/ou realizadas práticas concernentes à religiosidade e/ou à espiritualidade.

Desse modo, percebe-se que, no 3º e 5º períodos foram os que mais realizaram discussões, reflexões e/ou ações na prática do cuidar, com o foco na religiosidade e/ou espiritualidade. Tal fato mais uma vez se coaduna com os autores referenciais, que, destacam que o “novo” profissional de saúde, aqui com relevo para o enfermeiro, deve ser formado para oferecer um cuidado integral e não fragmentado como os que já estão no mercado de trabalho.

Quanto ao 6º período, de 5 (cinco) disciplinas que têm momentos práticos, três não abordaram, discutiram e/ou realizaram práticas com questões e aspectos voltados para a religiosidade e/ou espiritualidade. As três disciplinas são: “Enfermagem em Saúde do

Trabalhador”, “Enfermagem em Terapia Intensiva em Unidades Especiais” e “Enfermagem em Emergência e Primeiros Socorros”.

Tal resultado mais uma vez causa estranheza, principalmente no que se refere à disciplina “Enfermagem em Terapia Intensiva e Unidades Especiais”, pois, como foi mencionado anteriormente, no ambiente hospitalar a terapia intensiva é o cenário onde mais se tem estudos sobre as questões confluentes entre o cuidado e a religiosidade e/ou espiritualidade – cuidado ao outro e cuidado ao cuidador. Porém, estes estudos surgem justamente pela justificativa dos profissionais que atuam neste setor, na medida em que, na maioria das vezes, as questões técnicas não valorizam questões subjetivas – imensuráveis –, não havendo registros sobre tais questões nos prontuários dos clientes, por ser um setor “frio” pela questão iminente da morte.

Por último, cabe uma análise sobre as disciplinas que têm prática, ou seja, das 15 disciplinas do curso, dez (10 ou 66,7%) discutem, abordam, refletem e/ou realizam práticas sobre religiosidade e/ou espiritualidade. Ou seja, 33,3% das disciplinas práticas não destacam tais questões.

Ante tais justificativas, ratifica-se a importância do acadêmico de enfermagem pautar o seu futuro profissional na realização dos cuidados integrais, isto é, com a escuta sensível e com a percepção das necessidades religiosas e/ou espirituais, busquem lograr uma boa prática profissional.

Inaugurando o quinto momento desta categoria e iniciando um paralelo entre as disciplinas teóricas e seus momentos práticos, será apresentado nesta ocasião, as disciplinas que abordaram, discutiram, refletiram sobre a temática da religiosidade e/ou da espiritualidade na teoria e que também realizarm práticas concernentes a tais questões – **o dito e o feito**. Sendo assim, evidencia-se que 7 (sete) disciplinas discutem, abordam, refletem e realizam ações (o dito e o feito).

	MOMENTOS TEÓRICOS	MOMENTOS PRÁTICOS
3º	Semiologia e Semiotécnica na Enfermagem I *****	*****
4º	Semiologia e Semiotécnica na Enfermagem II *****	*****

5°	Enfermagem na Saúde Integral da Mulher *****	*****
	Enfermagem na Saúde Coletiva *****	*****
	Enfermagem em Saúde Mental I *****	*****
	Administração em Enfermagem em Unidades Hospitalares *****	*****
	Enfermagem em Saúde Mental II *****	*****

Quadro 13: Inexistência de dicotomia entre a teoria e prática – o dito e o feito.

De 15 (quinze) disciplinas práticas, 7 (sete) não apresentam convergência entre o que é abordado, discutido e refletido com o alunos na teoria e o que é realizado na prática do cuidar. Considera-se que esta seja a condição “ideal”, pois, o que é abordado em sala de aula, deve ser praticado com o aluno de modo que não exista dicotomia entre a teoria e a prática.

Deste modo, destaco a disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, pois ao fazer o estado da arte, durante o curso de doutorado, evidenciou-se que a religiosidade e espiritualidade é bastante presente nesta área e em áreas correlatas, como a psicologia e a psiquiatria.

Inicialmente, em relação à enfermagem destaco que as pesquisas versam sobre a relação entre a saúde mental e a religiosidade e/ou espiritualidade. Sendo evidenciada em produções cinetíficas que versam sobre a saúde mental dos idosos com doenças crônicas, de mulheres na hora do parto, mulheres que não conseguem engravidar, mulheres com câncer, mulheres – mães- de crianças pré-maturas internadas em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), qualidade de vida do trabalhador e do cliente, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), humanização da assistência, hospitalização e cirurgia de um modo geral, e no no processo morte-morrer.

Deste modo, ao realizar o estado da arte, evidenciou a relação entre a religiosidade e espiritualidade e o sofrimento psíquico, onde a religiosidade e espiritualidade tem tido um papel importante na vida do homem no enfrentamento das adversidades.

Como mencionado, no início desta pesquisa, na área de psicologia e de saúde pública da ENSP, existe uma vasta produção científica sobre o tema, onde o pesquisador até então (2009), responsável pela mesma era o professor e pesquisador Valla.

Quanto ao sexto momento, realizou-se a análise oposta ao quinto momento, ou seja, disciplinas que não abordam, discutem, refletem e/ou realizam práticas de cuidar com os aspectos religiosos e/ou espirituais contemplados – **o não dito e o não feito**. No quadro 14 (quatorze), podem ser evidenciadas as 4 (quatro) disciplinas.

	MOMENTOS TEÓRICOS	MOMENTOS PRÁTICOS
4º	Administração em Enfermagem em Unidade Básica de Saúde ??	??
6º	Enfermagem em Saúde do Trabalhador ??	??
	Enfermagem em Emergência e Primeiros Socorros ??	??
	Enfermagem em Terapia Intensiva em Unidades Especiais ??	??

Quadro 14: O não dito e o não feito.

Evidencia-se que das 15 (quinze) disciplinas, 4 (quatro) não foram citadas em nenhum momento – teoria ou na prática –, não se discute, aborda, reflete, realiza ações nem na teoria, nem na prática.

Insta salientar ainda que, de todas as disciplinas que não foram mencionadas nem na teoria nem na práticas, Administração em Enfermagem em Unidade Básica de Saúde, Enfermagem em Saúde do Trabalhador, Enfermagem em Emergência e Primeiros Socorros, e Enfermagem em Terapia Intensiva em Unidades Especiais, duas merecem um destaque pelo fato de não ter aparecido no estado da arte mostrando os distanciamento entre a religiosidade e espiritualidade nessa área, são elas: Administração em Enfermagem em Unidade Básica de Saúde e Enfermagem em Emergência e Primeiros Socorros.

Já o outro destaque é exatamente o oposto, as outras duas disciplinas, apareceram no estado da arte e ressaltou que na área de saúde do trabalhador está sendo bastante discutido, principalmente por Vasconcelos (2006), onde o mesmo faz um depoimento em seu livro e sou testemunha, onde ele coloca que ao começar a discutir nos congressos sobre espiritualidade no trabalho em saúde, ele se surpreendeu com o imenso interesse dos profissionais. Assim como ele, ao frequentar tais discussões mediadas por ele nos congressos, me surpreendi pelo quantitativo de pessoas interessas, onde muitas das vezes, as pessoas ficavam em pé por não ter mais espaço na sala, para simplesmente trocar experiências sobre espiritualidade, religiosidade e saúde. Tais experiências, versavam na grande maioria, como uma maneira do profissional de saúde amenizar o sofrimento psíquico que é subtido na sua rotina de trabalho, pensando assim na sua qualidade de vida e de seu cliente.

Deste modo, as disciplinas que não foram citadas em nenhum momento, especialmente quanto à preocupação gerencial, esta deve ser ainda maior, pois, uma possível não valorização do tema pode ser evidenciado, tanto pelo professor quanto pelo preceptor, o que pode prejudicar, sobretudo, a formação de enfermeiros que realizem um cuidado integral.

Finalmente, inicia-se o quinto e último momento desta categoria, onde será realizada a relação do que foi o dito em sala de aula e não foi feito na prática do cuidar e vice-versa, – **o dito pelo não feito e o feito pelo não dito**. Neste momento será evidenciada a dicotomia entre a teoria e a prática, identificada a partir dos resultados.

Nesta análise só serão consideradas as disciplinas que têm os dois momentos, teórico e prático, de forma a evidenciar claramente o que foi dito e não feito e o que foi feito e não dito. Ademais, a análise das disciplinas estritamente teóricas já foi realizada no primeiro e no segundo momento, e, quanto às disciplinas estritamente práticas, já foi feita no terceiro e quarto momento.

Para esta análise, então, tem-se 15 (quinze) disciplinas teórico-práticas, 1 (uma) discute, aborda e reflete na teoria e não realiza práticas (o dito pelo não feito) e 3 (três) realizam práticas e não discutem, abordam e refletem na teoria (o feito pelo não dito).

De modo a facilitar tal análise no quadro 16 (dezesseis) estão relacionadas as disciplinas com os momentos teóricos e práticos. Neste quadro, o asterístico (*) significa a

presença e a interrogação (?) significa a ausência. Ademais, para facilitar a visualização, criou-se no quadro 15 (quinze) uma legenda com as cores e significados referentes.

Um ponto a destacar é que os acadêmicos de enfermagem além de responderem que não vivenciaram, relataram perceber o distanciamento e a dicotomia entre a teoria e a prática – o dito pelo não feito e o feito pelo não dito. E, na verificação e análise dos dados, pode-se, de fato, evidenciar que 4 (quatro) disciplinas (em destaque no quadro 14) apresentam dicotomicas neste aspecto.

Frise-se, contudo, que em uma disciplina ficou evidenciado o dito pelo não feito, mas na maioria, 3 (três), denota-se o feito pelo não dito. Percebe-se, então, que a dicotomia é maior em relação à teoria – o não dito –, do que na prática – o feito. Evidencia-se, assim, que a abordagem, a discussão, a reflexão e a prática é maior na teoria – **o feito sobrepõe ao dito.**

CORES	SIGIFICADO
	O dito pelo não feito
	O Feito pelo não dito

Quadro 15: Legenda referente ao quadro 13- Dicotomia entre a teoria e prática

	MOMENTOS TEÓRICOS	MOMENTOS PRÁTICOS
4º	Enfermagem no Programa da Saúde da Família ??	*****
5º	Enfermagem na Saúde Integral do Adulto e do Idoso I *****	??
	Enfermagem na Saúde Integral da Criança e do Adolescente ??	*****
6º 2º/2007	Enfermagem em Saúde Integral do Adulto e do Idoso II ??	*****

Quadro 16: Dicotomia entre a teoria e prática.

No que tange à dicotomia entre a teoria e prática, algumas análises podem ser feitas. A primeira dela é que isso pode ter acontecido, pois, no UNIPLI, e não só nessa, mas em quase todas as instituições privadas, adota-se uma divisão entre os professores teóricos e os professores práticos, denominados preceptores. Sendo assim, diferente das instituições

públicas, onde o professor da teoria é o mesmo da prática, nas instituições privadas não sendo a mesma pessoa, pode acontecer tal situação, isto é, uma evidência para o não diálogo, a não interação entre o que é dito na teoria com o que é feito na prática.

Em relação a essa “falta de diálogo” entre os professores teóricos e os professores práticos, a própria instituição de ensino favorece a ocorrência desta fragmentação, quando, ao dispor a construção do conhecimento com essa divisão professores “versus” preceptores.

Uma questão bastante discutida entre os alunos das instituições privadas é a questão da formação dos preceptores, pois, esses “não trabalham” com as questões teóricas diretamente, e não é exigida dos mesmos uma formação profissional diferenciada, ou seja, o requisito para ser preceptor é tão-somente ser graduado em enfermagem, diferente do que é exigido para o professor teórico, onde se tem a obrigatoriedade de, no mínimo, ser mestre. Além disso, eles são remunerados pela instituição de ensino aproximadamente quatro vezes menos que o professor teórico.

Há, ainda, a percepção de alguns perfis de preceptores nas instituições privadas. O mais comum, é o preceptor recém-formado, onde os ex-alunos que foram monitores são valorizados, contratando-os para a preceptoria. Outro perfil bastante comum é a do preceptor que trabalha no cenário de prática, mas não necessariamente tem pós-graduação. Existe, também, outro perfil menos comum, que são os dos profissionais formados há bastante tempo, mas sem especialização e/ou em vistas de se aposentar ou já aposentado. Por fim, existe, outrossim, mas na minoria dos casos, os enfermeiros que querem ingressar na docência superior e/ou mestrado, e encontram a preceptoria como uma transição e/ou valorização curricular.

Fato é que, os professores que têm mestrado são mais valorizados e respeitados pelos alunos, do que os preceptores, pelos motivos concernentes à formação profissional. Além do que, conta também o fato de que são na grande maioria recém-formados, bem como por ganharem aproximadamente quatro vezes menos que o professor teórico.

Por outro lado, e até certo modo paradoxalmente, os acadêmicos de enfermagem estão discutindo, refletindo e realizando mais ações concernentes à religiosidade e/ou à espiritualidade do que na teoria, não só no aspecto dicotômico aqui analisado, mas também na primeira análise do que foi dito e do que foi feito – primeiro e terceiro momento desta categoria. Sendo assim, tudo leva a crer que a formação profissional *stricto-sensu*, exigida

pela LDB (BRASIL, 1996), onde destaca que 15% dos docentes das instituições devem ter essa formação, não garante a formação específica para o processo educacional, pois, nem sempre no curso *stricto-sensu* são oferecidos meios que subsidiam a formação do aluno para este processo.

Muitos docentes iniciam a sua carreira sem nem ao menos terem aprofundado os seus conhecimentos e realizam os trabalhos que consideram aleatoriamente pertinentes ou baseados em experiências anteriores. Por vezes, reproduzem a forma como aprenderam enquanto alunos, perpetuando, assim, o modelo da escola tradicional, o “depósito bancário” de Freire.

Considerando que o ensino superior tem a missão de formar profissionais críticos e reflexivos, aptos a viverem em um mundo que se transforma constantemente, onde sejam capazes de construir e reconstruir conhecimentos, a partir do contexto vivido e com ética, como prevê a LDB, a dicotomia entre a teoria e a prática, e mais, a prática sobrepondo a teoria, ou seja, preceptores sobrepondo professores, na discussão, reflexão e ações concernentes à religiosidade e/ou à espiritualidade, não denota algo errado na formação dos professores e das exigências da LDB?

Sendo assim, verifica-se que na teoria os professores mesmo com mestrado e sendo melhores remunerados do que os preceptores, não estão discutindo e refletindo sobre tais questões, o que pode ser evidenciado no quadro 14 (quatorze), onde de 4 (quatro) disciplinas, apenas 1 (uma) discute e reflete na teoria e não na prática.

Para exemplificar as dicotomias evidenciadas pelos alunos, os quatro primeiros relatos mostram a dicotomia, da prática se sobrepondo à teoria, e os dois últimos relatos são da teoria se sobrepondo a prática.

“Não foi abordado pelo professor, mas percebi no estágio junto ao preceptor que alguns pacientes acreditam que a sua recuperação se dará através da fé” Q29 (Disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II)

“A única preocupação do curso, dos professores, é que os alunos cumpram a carga horária para fechar a nota da disciplina, os professores nem conhecem os preceptores das

próprias disciplinas” Q7 (Disciplina de Enfermagem na Saúde Integral da Criança e do Adolescente)

“A cliente quis uma oração e o preceptor chamou alguns acadêmicos que quisessem e fizeram a oração, outras clientes participaram e eu pude perceber a fisionomia delas mais felizes, mas isso não foi discutido de jeito nenhum na teoria” Q24 (Disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II)

“Um cliente solicitou uma oração para os alunos e o preceptor perguntou qual acadêmico estava capacitado e ninguém estava, pois na teoria não foi dado” Q23 (Disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II)

“No ensino teórico-prático ao meu ver é voltado apenas para a prática/técnica, sem enfoque na subjetividade, ao contrário da teoria, os preceptores não sabem o que é dado na teoria” Q2 (Disciplina de Saúde do Adulto e Idoso I)

“Durante o ensino teórico-prático/estágio os preceptores não abordam, se preocupam só com a questão técnica, só na teoria que alguns professores falam dessas coisas” Q28 (Disciplina de Saúde do Adulto e Idoso I)

Evidenciando e exemplificando as dicotomias, denota-se que a formação do enfermeiro não está contribuindo para que os futuros profissionais sejam críticos, reflexivos e que realizem cuidado integral, pois, do que adianta ter na teoria e não praticar, bem como de que adianta praticar sem ter discutido na teoria ou sem refletir sobre a prática na teoria?

Schön (1992) é considerado um dos autores que mais contribuíram para a valorização do conhecimento prático através da sua proposta de uma epistemologia da prática - racionalidade prática ou reflexiva. Para esse autor, a formação dos profissionais passa por uma prática orientada com um forte componente na reflexão a partir de soluções de problemas reais, possibilitando que o profissional em formação enfrente situações inéditas e aprenda a tomar decisões. Desse modo, é primordial a reflexão sobre a ação, ou seja, para isso não pode haver dicotomia entre a teoria e a prática e vice-versa.

Todavia, o processo de formar enfermeiros reflexivos é complexo, de modo que a comunicação entre os atores envolvidos neste processo é primordial, pois, a comunicação estabelecida entre os mesmos – gestor, alunos, professores, preceptores, profissionais da saúde e clientes – é extremamente relevante para exercer a prática de ensino-aprendizagem, sendo o diálogo o mediador do processo de ensinar-aprender. Exige-se uma postura ética de todas as partes envolvidas (gestor, professor, preceptor e aluno), o que permite um aprendizado pautado na experiência um do outro, sendo as informações sempre valorizadas e suscitando o sentimento de confiança entre eles.

Nesse passo, trata-se de medida urgente estabelecer o diálogo nesta instituição entre os envolvidos, pois, certo é que esta pode contribuir para minimizar ou mesmo desestruturar a dicotomia existente. Assim, se for adotado um planejamento participativo como proposto por Gandin, o diálogo necessariamente terá que aparecer, assim como haverá conhecimento das pessoas envolvidas no processo.

Para tal mudança, no entanto, existe a necessidade de ampliar a discussão para “além dos muros do centro universitário”, incorporando novos espaços e novos sujeitos na ressignificação do movimento de mudança na formação do enfermeiro, favorecendo a implantação das diretrizes curriculares com o foco na integralidade, onde a religiosidade e a espiritualidade devem perpassar todos os momentos de ensino. Mas, para isso, deve-se haver a construção coletiva de modo a permitir ao estudante desenvolver uma consciência crítica e reflexiva, para captar e intervir na realidade social, sinalizando a construção da integralidade do cuidado na saúde.

Batista & Batista (2008) dizem que ensinar compreende um processo de intervenção marcado pela apropriação do conteúdo a ser trabalhado, planejamento, intencionalidade, conhecimento do sujeito que aprende e reflexão sobre o que, por que e como se aprende, constituindo, assim, um dos desafios da profissão docente. Para tanto, os mencionados autores destacam a importância do planejamento participativo, também na forma proposta por Gandin. Entende-se, aqui, a participação de todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, no planejamento curricular, assim como nos conteúdos das disciplinas teóricas e práticas e propostas pedagógicas.

A disciplina na maioria dos currículos na área de saúde do Brasil, principalmente em instituições privadas, tem características denominadas tradicionais, que, para os autores

supracitados, os conteúdos são apresentados no contexto das próprias disciplinas, havendo reduzido grau de integração entre elas (intradisciplinaridade) e com disciplinas situadas linearmente ao longo dos períodos (linearidade). Nessa estrutura, disciplinas superpostas na grade curricular, o aluno “aprende” ao mesmo tempo, conteúdos que não guardam relação entre si. O que pode ser relacionado com a famosa pedagogia bancária de Paulo Freire, onde o professor quer resgatar o seu depósito na hora da prova.

A adoção deste modelo disciplinar, pode ser um reflexo do modelo biomédico e biológico, sem processo de reflexão e articulação entre os conteúdos, formando profissionais com práticas fragmentadas e não teorizadas, fortalecendo, dessa maneira, o modelo flexneriano vigente e distanciando-os da integralidade do cuidado.

Para tentar minimizar este problema de disciplinariedade, fragmentação e desarticulação na formação do enfermeiro, o que deve ser pensado é a transformação para um currículo integrado, contendo módulos interdisciplinares e transdisciplinares, em consonância com o raciocínio de Nicolescu (2005). Ou seja, a primeira é a transferência de métodos de uma disciplina para a outra e a segunda é aquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas e além de qualquer disciplina. Seu objetivo, pois, reside na compreensão do mundo presente, onde, exige-se a unidade dos pensamentos.

De acordo com Dellaroza & Vannuchi (2005) existem alguns princípios para a construção de um currículo integrado, são eles: totalidade, interdisciplinaridade, relação entre teoria e prática, e deve ser considerado um processo permanente aberto para discussão, crítica, avaliação, sendo reconstruído sempre. Nesse sentido, deve ser valorizada a integração do ensino, do serviço e da comunidade, assim como a problematização (exercer uma análise crítica sobre o problema) e a aprendizagem significativa (o mais importante é aquilo que o aprendiz já sabe).

As autoras supracitas destacam que módulos interdisciplinares substituem a função administrativa das disciplinas, e devem garantir habilidades cognitivas (saber), psicomotoras (saber fazer) e atitudinais (saber ser e saber conviver) necessárias para o alcance de desempenhos e competências. Na vivência prática, especificamente na construção do currículo integrado da Universidade Estadual de Londrina (UEL), as autoras destacam a importância dos temas transversais, como está previsto na LDB (1998), e no curso referido, estes temas são denominados de “seivas”. Justificam que nos vegetais a seiva representa o

nutriente que circula por toda a planta, e ela que origina a vida, assim no currículo integrado, as seivas permeiam todos os momentos e são articuladas, apoiando a construção do conhecimento nos módulos, circulando e nutrindo de maneira constante no processo de aprendizagem.

Destaca-se que, desde 1976, a Escola de Enfermagem Anna Nery resolveu iniciar o planejamento de reestruturação do seu currículo. Tal currículo tinha como proposta o ensino integrado, isto é, a integração da teoria com a prática (CARVALHO, 2006). Ademais, com anteriormente transluzido, no 6º SENADEn (2002), discutiu-se dentre outros aspectos, a pedagogia da competência e do currículo integrado. Sendo assim, essa proposta não é inovadora entre as instituições públicas, o mesmo não pode ser dito com relação às instituições privadas.

Batista & Batista (2008) ressaltam que o currículo integrado, ou nuclear, exige uma estrutura acadêmica ampla e diversificada, o que é mais comum entre as instituições públicas.

Sendo assim, esse currículo integrado com módulos interdisciplinares, é um complicador organizacional e econômico, não só na instituição pesquisada, mas em todas as privadas de um modo geral. Pois a preocupação com o fluxo do aluno na formação, tendo como foco as disciplinas que são pagas isoladamente, pode ser um fator complicador.

Contudo, há a necessidade de se fortalecer o movimento de desestruturação da dicotomia entre a teoria e a prática, de forma que o currículo integrado deve ser discutido buscando ser adaptado nas instituições privadas.

Pode-se inferir que a integralidade tem forte matiz ideológica e cultural que permeia a abordagem do processo saúde-doença, em sua determinação histórico-social e tem como objeto do trabalho em saúde o ser cuidado e a finalidade atender às necessidades de saúde. Sendo assim, a religiosidade e/ou espiritualidade podem ser uma das “seivas” no currículo integrado, pois, para haver a boa prática profissional conforme proposto por Mattos (2001) & Pinheiro (2001), há a necessidade de compreender as necessidades de saúde de quem será cuidado, à luz da ética e em prol da integralidade do cuidado.

Portanto, aliando o esquema da boa prática profissional (figura 4), apresenta-se, abaixo, o esquema do ensino de enfermagem (figura 5).

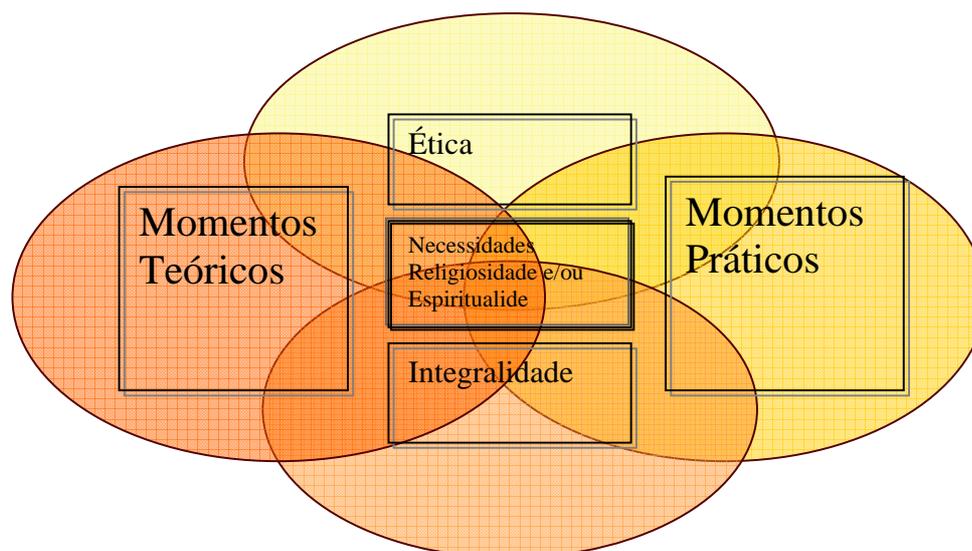


Figura 5: Ensino de Enfermagem: proposta da gestão para a integralidade do cuidado.

Merhy (2002) critica a prática em saúde centrada nos projetos terapêuticos fragmentados e integralizados por somação, que não permite ao profissional desenvolver “competências” a serviço de um projeto cuidador e integral, que faça uma abordagem individual sem desprezar a dimensão coletiva dos problemas de saúde e que, em última medida, seja centrada no usuário.

Para tanto, aludido autor destaca que a dimensão profissional específica deve se configurar levando em consideração a significação do processo saúde-doença com os modos de caminhar pela vida do usuário. Assim, o autor defende a construção de projetos terapêuticos centrados nos usuários. Incorporar essa discussão na formação do enfermeiro, na perspectiva da integralidade, o que implica assumir a centralidade e a direcionalidade da formação para a produção do cuidado.

Isto é, deveria orientar a reestruturação dos conteúdos, incorporação de práticas pedagógicas inovadoras, ampliação e diversificação dos cenários de aprendizagem, possibilitando a interação ética e dialógica entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar. Ressalta-se que esta interação ética e dialógica é imperiosa, e que já existem professores (teóricos e preceptores) envolvidos nos dois momentos de aprendizagem distintos.

Há, portanto, a necessidade de refletir o cuidado em todas as suas dimensões na formação do enfermeiro. Nesse sentido, o ensino por disciplinas apresenta limitações na

capacitação do estudante em busca da integralidade, pois não contempla a visão integral do cuidado com o ser humano e com a organização do sistema de saúde. Pois deve ser ressaltado que nenhuma disciplina, por si só, é capaz de responder pela totalidade do processo saúde-doença, uma vez que esse processo envolve, simultaneamente e concomitantemente, as relações sociais e o social propriamente dito, bem como as expressões emocionais, afetivas e o biológico, além das condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e da coletividade. Mais uma vez, é fundamental corroborar que nesse entendimento do processo saúde-doença, as questões relativas à religiosidade e/ou à espiritualidade devem ser observadas.

Reconhece-se, assim, a dissociação entre o aprender e o fazer como uma questão determinante na concepção pedagógica, revelada pelas dicotomias entre a teoria e a prática, entre o ensinar e o cuidar nesta instituição – UNIPLI. Entende-se que o fim deste caminho ainda não pode ser visualizado, mas fazendo uma retrospectiva histórica e filosófica, compreende-se que a nossa meta deve ser alcançada com o cuidado científico.

Da mesma forma que na categoria anterior, evidenciou-se o cisne negro de Taleb (2008). Aqui o improvável é o fato de que 38,5% dos alunos tiveram dificuldade de indentificar a presença da religiosidade e/ou espiritualidade nos momentos práticos, enquanto somente 11,6% dos alunos tiveram dificuldades de identificar na teoria. Porém, na análise das disciplinas, 66,7% das disciplinas práticas discutem, refletem e realizam ações enquanto 25% das disciplinas teóricas não realizam o mesmo. Em relação à dicotomia entre a teoria e a prática, restou demonstrado que na prática - o feito se sobrepõe ao dito.

Desse modo, o impacto deste dado é que a teoria, mesmo com o corpo docente composto de mestres e doutores, não há uma valorização de tal questão, enquanto que na prática, os preceptores não tendo a mesma formação acadêmica o fazem. Nesse sentir, este resultado pode contribuir como um impacto positivo na instituição pesquisada, bem como em outras instituições, de forma que passem a traçar estratégias de discussão e reflexão nas disciplinas teóricas ou nos momentos teóricos. A não discussão nos momentos teóricos, pode ser devido à racionalidade objetiva centrada na ação sobre o corpo biológico presente na academia científica. Sendo assim, esta é a explicação que faz parecer menos aleatório e mais previsível, do que aquilo que é na realidade.

5.3 – O(s) nó(s) para aprofundar as discussões, reflexões e ações sobre religiosidade e espiritualidade no curso de graduação em enfermagem: construindo “laços” com vistas a integralidade do cuidado e a gestão participativa.

Nesta terceira categoria serão apresentados os “nós” – os impasses – bem como os “laços” – as possibilidades –, provocando, nesse passo, uma discussão e reflexão sobre as formas de instrumentalizar as ações na prática do cuidar, considerando os aspectos da religiosidade e da espiritualidade no ensino teórico-prático e nos cenários do cuidado, com vistas à materialização da integralidade do cuidado. Diante disso, tem-se por intento responder o terceiro objetivo deste estudo, que é apontar e discutir os impasses, as possibilidades e as sugestões ventiladas pelos acadêmicos de enfermagem acerca da temática vertente.

Desse modo, optou-se por separar esta categoria em dois momentos, o primeiro momento abarcará a análise dos “nós” – os impasses. Já o segundo momento envidará seus esforços no exame dos “laços” – as possibilidades.

Introduzindo o primeiro momento, destaca-se que dentre os 52 (cinquenta e dois) acadêmicos de enfermagem, apenas 9 (nove) não identificaram os “nós” – os impasses. Destarte, 43 (quarenta e três) alunos identificaram os impasses e fizeram sugestões para minimizá-los, que, diga-se de passagem, trata-se de um percentual significativo, visto que, estes 82,7% dos discentes que se manifestaram, explicitaram que não só existem os “nós” – os impasses –, mas também descreveram quais são.

Outra ressalva a ser feita, é que todos os acadêmicos – os 82,7% – emanaram sugestões para gerenciar, e, na medida do possível aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre a religiosidade e a espiritualidade no curso de graduação em enfermagem, tanto nos momentos teóricos quanto práticos.

Os impasses evidenciados foram: pluralidade religiosa, preconceito e aceitação em discutir, refletir e realizar ações, por existirem diversas religiões, e, outrossim, a interferência da crença nos procedimentos e/ou tratamentos.

Por conseguinte, optou-se por iniciar a análise pelo maior impasse – “nó” – identificado entre os acadêmicos de enfermagem. Trata-se da pluralidade religiosa dos acadêmicos, dos docentes, dos discentes, dos preceptores e dos clientes.

“Muitas religiões, valores, crenças e princípios entre os alunos e professores é uma dificuldade” Q1

“Nem sempre todos são da mesma religião em sala de aula aí fica difícil discutir ou fazer alguma coisa” Q26

“Percebo a vasta gama de crenças e religiões não só entre a gente, mas entre todos os professores” Q29

“Diferença entre as culturas religiosas dos alunos, dos professores e também das pessoas que cuidamos” Q35

“Nem todos acreditam nessa questão de espiritualidade e religiosidade é questão de cultura” Q43

Como o foco desta pesquisa é a gestão acadêmica participativa, é imperioso vislumbrar a necessidade da participação dos alunos. Por isso, foi solicitado aos mesmos, que não só identificassem os impasses – os “nós” –, mas também que sugerissem as formas de resolvê-los, buscando, dessa maneira, contribuir com a gestão acadêmica.

Na intenção de organizar e sistematizar o impasse – “nó” – inicial, bem como as respectivas soluções consignadas pelos acadêmicos de enfermagem acerca da “Pluralidade Religiosa”, foi elaborado, abaixo, o quadro 17 (dezessete). Destaca-se, contudo, que as soluções foram divididas da seguinte forma: o que fazer e como fazer?

IMPASSE “O NÓ”	SUGESTÕES	
Pluralidade Religiosa	O que fazer? <ol style="list-style-type: none"> 1. Inserir uma disciplina obrigatória que aborde todas as religiões e crenças com respeito; 2. Abordar e explicar em algumas disciplinas obrigatórias já existentes um pouco de cada religião, sobre espiritualidade e a possível interferência destas no entendimento da doença e nas atitudes das pessoas; 3. Inserir uma disciplina opcional que aborde as religiões brasileiras, a questão da espiritualidade e a relação com o processo saúde-doença com esclarecimento e informações concisas. 	Como fazer? <p>A- Abordagem ampliada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordando sobre religiosidade/espiritualidade com aspectos mais neutros sem focar as religiões especificamente; <p style="text-align: center;">✓ Estratégias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizando um levantamento na turma das religiões dos alunos e trabalhar com elas; • Discutindo com exemplos práticos e fazendo o aluno refletir sobre a prática profissional; <p>B- Cuidado de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressaltando a importância do respeito e dos direitos das pessoas que possuem manifestações religiosas e espirituais; • Destacando as possíveis alianças entre religiosidade e/ou espiritualidade e cuidado de enfermagem humanizado; <p style="text-align: center;">✓ Estratégias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrando alguns estudos que abordam a questão religiosidade e/ou espiritualidade com resultados positivos que abordam a questão da religiosidade/espiritualidade, processo saúde-doença e cuidado de enfermagem; • Fazendo o aluno entender o que é uma visão holística, um cuidado integral.

Quadro 17: Impasse - “nó”. Pluralidade Religiosa.

Registre-se que as sugestões foram voltadas para os momentos teóricos, pois não houve nada específico para ser realizado no momento prático. Isto, na visão dos acadêmicos de enfermagem, pode denunciar que o “nó” se encontra no momento teórico e não no prático.

Em relação ao que fazer, os alunos apontaram a necessidade de inserir uma disciplina opcional ou uma disciplina obrigatória na grade curricular da graduação em

enfermagem, acerca da religiosidade e da espiritualidade, muito embora este assunto já faça parte do conteúdo de alguma disciplina obrigatória existente.

Porém, restou evidenciado que a maioria dos acadêmicos de enfermagem sugeriu que a religiosidade e a espiritualidade deveria ser discutida, refletida e praticada em disciplinas de cunho obrigatório. Nesse contexto, infere-se a necessidade de ser criada uma nova disciplina obrigatória, que tenha o condão de abordar com propriedade e especificidade este tema.

Denota-se, assim, a importância da discussão, da reflexão e da prática de questões relativas à religiosidade e à espiritualidade na formação dos enfermeiros. Isto se reflete no considerável número de acadêmicos de enfermagem que destacaram a necessidade da discussão acerca da religiosidade e espiritualidade em diversas disciplinas.

Quanto às disciplinas, sejam elas obrigatórias ou opcionais, merece relevo o posicionamento de Batista & Batista (2004, p.108):

na atualidade, o pensamento complexo afigura-se como uma proposta epistemológica que avança para além dos limites disciplinares. Fenômeno semelhante ocorre com muitas competências exigidas na formação profissional atual. Em que lugar se ensina a ética? Qual a disciplina será responsável pela formação humanística do profissional em saúde? [...] tais áreas podem ser aproximadas dos conceitos “transversais”, que possibilitam integrar áreas de conhecimento para além dos limites disciplinares [...] O currículo disciplinar é, tradicionalmente, o mais prevalente no ensino superior brasileiro na atualidade, em particular na saúde. A estrutura disciplinar parece, em muitos casos, mostrar-se cômoda e útil, ao conceder uma ordem lógica e linear aos conteúdos curriculares.

Diante desta conjuntura, extrai-se como proposta para a efetiva formação dos acadêmicos de enfermagem, a discussão, a reflexão e a prática da religiosidade e espiritualidade em mais de uma disciplina e para além delas. Fazendo um paralelo entre a proposta dos alunos e os temas transversais ou “seivas”, observa-se uma desconstrução do modelo disciplinar, fragmentado e flexneriano, que ainda vigora em boa parte das instituições de ensino.

Batista & Batista (2004) fazem uma perspectiva histórica interessante sobre a evolução do currículo médico nos Estados Unidos e dos currículos na área da saúde no Brasil.

Quanto à primeira evolução histórica, os autores em referência identificaram 5 (cinco) modelos curriculares subsequentes. O primeiro iniciou em 1765, quando foi fundada a primeira escola médica (College of Philadelphia) por Benjamim Franklin, onde os conhecimentos básicos não eram muito valorizados, de modo que, os estudos eram realizados tendo como base os apontamentos da aula (não existia livros-texto de medicina) e a base era aprendida com um mentor.

Já o segundo modelo surge no final do século XIX, aí os livros-texto já eram obrigatórios (estes surgiram por volta de 1850) com a obrigação e a prioridade de memorização dos conteúdos destes e de enciclopédias. Ante o pensamento crítico, os alunos frequentavam departamentos e disciplinas obrigatórias específicas, e, nesse contexto, nasce a medicina científica conforme defendida por Flexner.

Assim, por volta de 1950, após numerosas críticas ao modelo disciplinar e ao excesso de conteúdos na formação, especialmente no ciclo básico, inicia-se a educação integrada – elaboração do currículo por um comitê e não por chefes de departamentos – onde os conteúdos estão dispostos de maneira integrada e em módulos. O quarto modelo se inicia na década de 70, com a incorporação de experiências positivas de duas Universidades, a Mc Master (Canadá) e a Maastrich (Holanda), onde o ensino é baseado na aprendizagem em busca de problemas (ABP), com pequenos grupos de alunos.

Na década de 90, a ABP é alvo de críticas e é proposto um modelo curricular baseado na apresentação clínica, em que o processo “genérico” de resolução de problemas é substituído pelo da categorização individualizada, ante várias apresentações clínicas. Enseja, com isso, a *expertise* dos especialistas com apresentações de cerca de 120 (cento e vinte) exposições clínicas, definido algo como 720 (setecentos e vinte) cursos categorias de doenças com os diagnósticos específicos, desenvolvendo um raciocínio “para frente”, diferente da ABP que é “para trás”.

A segunda evolução histórica, no Brasil, já traz consigo a influência funcionalista importada dos Estados Unidos, da década de 20 (vinte) até a de 80 (oitenta). Além disso, também deve ser considerada a influência das vertentes marxistas, a mudança do enfoque psicológico para o sociológico no início da década de 90 (noventa) e a visão do currículo como espaço de poder.

Assim, até a década de 90 (noventa) tais influências justificam os currículos tradicionais e disciplinares. Esta conjuntura resulta em movimentos de mudanças curriculares concretas, com propostas educacionais inovadoras no campo da formação superior em saúde, situadas desde estratégias no cotidiano da prática, até a transformação radical do currículo.

A mudança curricular é uma discussão fértil e atual, que, aliada com a proposta dos alunos quanto à inserção do tema da religiosidade e da espiritualidade nas disciplinas obrigatórias, nas opcionais e nas demais, denota um espírito de mudança e inquietude dos acadêmicos de enfermagem.

Desse modo, faz-se fundamental uma ampla discussão não só com os alunos, mas também com os professores, com os gestores e com a comunidade, no intento de realizar uma mudança curricular através de um planejamento participativo, conforme proposto por Gandin. Outra ressalva é que, se os alunos em sua maioria realizaram sugestões, não é de todo absurdo consignar que os mesmos estão com um olhar voltado para as necessidades ampliadas dos sujeitos que irão cuidar, com lastro no fundamento defendido nesta tese da integralidade do cuidado.

As sugestões dos acadêmicos de enfermagem voltadas para como fazer, foram divididas em dois momentos: abordagem ampliada e cuidado de enfermagem. Evidencia-se que ao sugerir como fazer, os acadêmicos destacam não só nos momentos teóricos uma abordagem ampliada em sala de aula, mas também nos momentos práticos.

No que pese a abordagem ampliada em sala de aula, os acadêmicos de enfermagem destacam que o tema da religiosidade e da enfermagem deve ser inserido em disciplinas, sejam elas obrigatórias ou opcionais. E mais, que esta abordagem deve ser manejada da forma mais neutra possível, tendo em vista a pluralidade religiosa dos alunos e dos professores. Inclusive, devem ser ressaltadas as questões relativas ao respeito e ao direito de todas as pessoas, não só dos alunos. Para tanto, estes sugerem algumas estratégias de ensino, que são: levantamento que o professor deve traçar acerca do perfil da turma, de modo a conhecer o outro, bem como diminuir os conflitos nas discussões; discutir em sala com exemplos práticos, viabilizando uma aprendizagem significativa, a fim de que aluno consiga refletir sobre a prática profissional do enfermeiro.

A abordagem neutra em relação à discussão, à reflexão e às ações sobre a religiosidade e a espiritualidade, Mendonça (2008) destaca que esse é um debate que se arrasta há anos nos Estados Unidos e que começa a se insinuar no território brasileiro. A autora exemplifica formas de implementação dos preceitos religiosos na escola, tal como a prática da oração antes da aula (que em determinada escola recebeu o nome de “acolhimento”), na medida em que traz equilíbrio, além de aquietar o ambiente. Outro exemplo emanado, é que, de acordo com uma advogada brasileira – autora do programa que orienta como trabalhar valores cristãos nas escolas – é clarividente a mudança de comportamento nas crianças que frequentam as aulas de Ensino Religioso, como por exemplo, a forma como os alunos tratam os professores, a família e os amigos.

Em contrapartida, há pesquisadores que discordam da autora em destaque, tal como o sociólogo criador do Observatório da Laicidade do Estado do Rio de Janeiro. Para este pesquisador, o ensino religioso é dispensável, uma vez que, na sua visão, não há modelo aceitável – todas as diversas abordagens da matéria escolar seriam doutrinárias, ou seja, influenciadas pela religiosidade do próprio professor. Mendonça (2008) combatendo este raciocínio explicita que é impossível com concretude ensinar religião com uma neutralidade absoluta. Sob a égide da Reforma Protestante, é contextualizado que houve um progresso em diversos campos do conhecimento, pois para Lutero e outros reformadores, a visão era de que tudo deriva do estar sujeito à revelação das Escrituras. Assim, o trabalho desses reformadores propiciou a abertura para a liberdade religiosa, como um princípio do Estado.

Neste contexto de liberdade religiosa, a autora em referência questiona, porém, como a educação religiosa deveria enfrentar os não-religiosos: “Como trazer Deus para a sala de aula de forma respeitosa a todas as linhas religiosas – incluindo os ateus e agnósticos?”

Mendonça (2008) destaca ainda o pesquisador em direito, Salomão Ximenes, que, para ele, o Ensino Religioso no Brasil funciona em 3 (três) possíveis modelos, a seguir: modelo interconfessional (norteado por uma determinada visão religiosa, tendendo na prática ao catolicismo, pelo maior número de adeptos e com proselitismo, ou seja, tentativa do adepto de uma dada religião de converter outrem); divisão dos alunos por credos, e o ensino da religião como fenômeno social (o Ensino Religioso passa a tratar do fenômeno

religioso, como diversidade cultural e dentro de um desenvolvimento histórico, procurando ser uma abordagem neutra).

Assentadas tais premissas, a abordagem neutra, como sugerida pelos alunos se coaduna com o ensino religioso e, de igual forma com o espiritual, como um fenômeno social. Tudo leva a crer que, com a adoção deste modelo, os professores no ensino de enfermagem consigam equilibrar teoria e prática. Desse modo, o gestor pode ao fazer o planejamento participativo, discutir e refletir com todos os envolvidos sobre as possibilidades reais de implementar as sugestões e as estratégias dos alunos.

Outro ponto que merece destaque reside na discussão das estratégias de ensino, na forma proposta pelos alunos, notadamente em relação a como fazer para trabalhar com o levantamento do perfil daqueles acadêmicos que integram a turma de religião e, a partir daí, discutir com exemplos práticos e fazer com que o aluno reflita sobre a prática profissional.

Quanto à primeira estratégia, acredito não ser uma boa proposta, e vem de encontro com a abordagem neutra, porposta pelos mesmos, pois como discutido anteriormente o ensino religioso como fenômeno social, esta é a que trabalha com esse tipo de abordagem.

Quanto à segunda estratégia, cabe inferir que a mesma pode ser discutida como uma técnica de ensino. Ressalta-se que as técnicas se diferenciam de acordo com as centralidades, que, de acordo com Batista & Batista (2004), são: centralidade no professor, centralidade no aluno e centralidade na interação professor-aluno.

Em relação à primeira, esta continua ainda a ser mais utilizada e pode ser exemplificada com os modelos de transmissão nas técnicas de exposição, onde existe um monólogo do professor não facilitador de aprender significativamente.

Como se nota, a segunda é o posto da primeira, com relação ao sujeito, na medida em que o aluno assume o lugar do centro do processo e fica visível o papel do docente como facilitador e não como transmissor. Nesse contexto, emergem trabalhos de busca e levantamentos, estudo dirigido, ABP e problematização.

Por último, na centralidade na interação professor-aluno, o docente assume o lugar de mediador do processo, já o aluno articula o aprender e o ensinar. Os seminários, as preleções dialogadas são exemplos disso, na medida em que há leituras, interpretações, saberes e experiências compartilhadas, de modo que, consolida-se uma aprendizagem significativa.

Verifica-se que as duas sugestões dos alunos, independente da análise feita sobre a abordagem ampliada, não guarda conexão com a primeira, já que, extraem a centralidade do professor e a direcionam tanto para o aluno, quanto para a interação entre professor-aluno, a qual vem sendo discutida e trabalhada em instituições não tradicionais. Porém, cumpre examinar como os professores podem trabalhar com esta abordagem, se a grande maioria não a vivenciou no decorrer da formação profissional, e, não raro, desconhecem-na?

Diante desta conjuntura, o gerenciamento participativo realizado com a participação de todos – planejamento participativo e possíveis mudanças curriculares – é um dos primeiros passos que devem ser adotados, de modo que os docentes conheçam quais são as sugestões transluzidas pelos alunos e, sobretudo, os aproximem das técnicas de aprendizagem significativa. Vislumbra-se como premissa inexorável o fato da essencialidade do papel do gestor nesse processo, considerando a incessante busca da identificação das dificuldades dos docentes, notadamente com relação à implementação da aprendizagem significativa, tendo como escopo oferecer subsídios para minimizar tais dificuldades.

Quanto à segunda sugestão – de como fazer –, destaca-se na ótica dos alunos, o cuidado de enfermagem no momento prático. Neste cenário prático, ao realizar o cuidado, foram explanadas as seguintes questões: o respeito aos direitos das pessoas, frente às vertentes religiosas e espirituais, ou seja, a proteção dos seus direitos, assim como o atendimento dos respectivos desejos e necessidades; a promoção da aliança entre a religiosidade e a espiritualidade, a fim de lograr um instrumento que “melhor” atenda o cuidado de enfermagem em todas as vertentes. Com outras palavras, entende-se, aqui, como “melhor” cuidado aquele prestado de forma integral.

Quanto às questões relativas ao respeito dos direitos das pessoas, ante as suas devidas manifestações religiosas e espirituais, de forma a garantir os seus direitos, os seus desejos e as necessidades, já foram discutidos anteriormente e guardam conexão com o que propõe o Código de ética de enfermagem, o SUS, a Constituição Federal, e, ainda, os autores referenciais que abordam as necessidades ampliadas de saúde e a integralidade.

Destarte, trabalhar com tais questões na prática do cuidado contribuirá certamente para a boa prática e integralidade do cuidado. Não obstante, contemplar tal sugestão no

momento prático da formação profissional será um caminho para o planejamento participativo, e, conseqüentemente, para a gestão participativa, pois, tal sugestão pode fazer parte do que Gandin (2001b) denomina como marco referencial (doutrinal e operativo), assim como do início do diagnóstico das necessidades.

É pertinente trazer à baila, ainda, o posicionamento de Gandin (2001b), quando denomina o primeiro momento do planejamento participativo como marco referencial, incluindo as dimensões políticas, ideológicas e de opção coletiva. Além do mais, erige a mencionado planejamento em três partes, com o seguinte escopo: compreender a realidade global na qual se insere a instituição planejada (marco situacional); propor um projeto político-social de ser humano e de sociedade (marco doutrinal); e, por derradeiro, firmar um processo técnico ideal para contribuir com a construção do ser humano e da sociedade (marco operativo).

No segundo momento, ou seja, após o marco referencial, é realizado um levantamento das necessidades e, no terceiro momento, ocorre a realização da programação, vide figura 6 (seis):

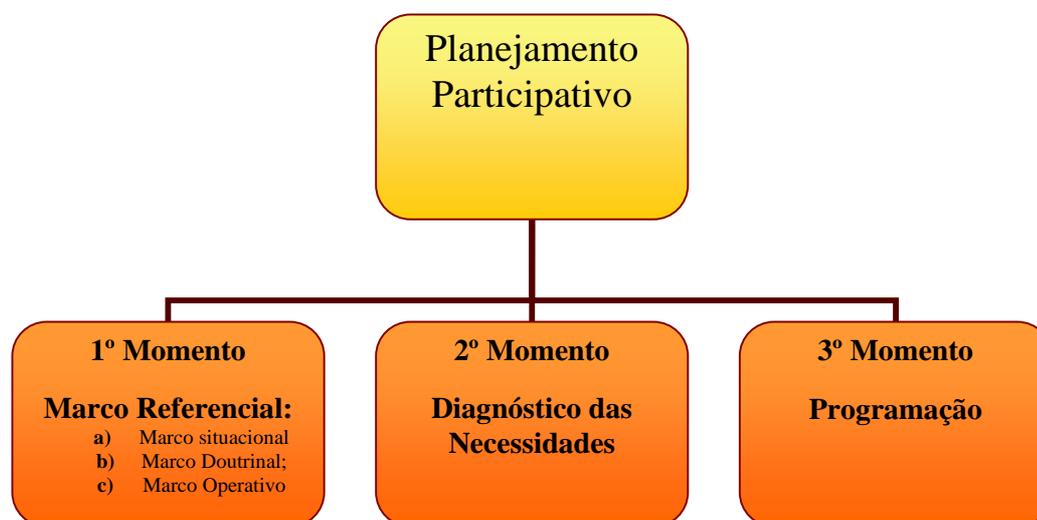


Figura 6: Representação do Planejamento Participativo com vistas à gestão participativa

Para o planejamento participativo, o diagnóstico (segundo momento) é a intermediação entre a proposta ideal – utópica – e a proposta da prática. Sendo assim, as sugestões dos alunos, por mais que possam parecer utópicas para gestores, docentes ou comunidades, têm elementos essenciais para o gerenciamento participativo. Isso encontra

fundamento de validade no ideal de planejamento participativo, pois, como é cediço, o mesmo não é iniciado com um diagnóstico, mas sim com um referencial.

Em que pesem as alianças entre religiosidade e espiritualidade como um instrumento para a operacionalização do cuidado integral, é cogente exarar que já existem pesquisadores renomados discutindo tais alianças, tendo como base experimentos científicos, como por exemplo, Collins (2007) & Radin (2009). Este último, inclusive, em seu livro “Mentes Interligadas”, descreve tais experiências demonstrando cientificamente a influência positiva de práticas consideradas religiosas ou espirituais. Consoante este autor (2009, p.287-88):

a história demonstra que, a medida que as fronteiras científicas continuam a se expandir, o sobrenatural evolui através do paranormal e se transforma em normal [...], o progresso é inevitável [...] ampliar os horizontes da ciência invariavelmente envolve riscos e controvérsias, mas o potencial de verdadeiras descobertas sempre faz com que os riscos valham a pena.

Nestes termos, a aliança entre religiosidade e espiritualidade com o cuidado de enfermagem, trata-se de uma possibilidade real, podendo ser considerada como um instrumento eficaz para a instrumentalização do cuidado integral.

As estratégias apontadas pelos alunos são as seguintes: divulgação de pesquisas com resultados positivos, ou seja, demonstrando a influência da religiosidade e da espiritualidade no processo saúde-doença; difusão da pauta teórica da espiritualidade e da enfermagem, de modo que, o aluno, compreenda, verdadeiramente, a importância da visão holística na prestação do cuidado de enfermagem.

Fato é que, o trabalho de divulgação de pesquisas é uma excelente estratégia, pois, com apoio na lição de Batista & Batista (2004, p.81), denota-se que: “a indissociabilidade ensino-pesquisa, seja qual for seu entendimento de ação, dentro do processo ensino-aprendizagem, revela-se como extremamente proveitosa para os alunos e docentes”.

Sendo assim, constata-se que as sugestões assinaladas pelos alunos, encontram guarida no entendimento dos autores supracitados. Porém, é importante aclarar que, para a materialização de tais sugestões, faz-se mister que a pesquisa seja prestigiada tanto pelos docentes quanto pelos gestores, principalmente com a criação de projetos de iniciação científica ou mesmo projetos de pesquisa com os alunos matriculados no curso.

Em consonância com o juízo traduzido pelos autores supracitados, cumpre registrar que a pesquisa provoca “reflexões, questionamentos e, portanto, permitirá ao professor repensar/refletir sua prática pedagógica, compreendendo, aceitando ou revendo a teoria, tornando-se, assim, um profissional reflexivo e pesquisador de seu cotidiano” (2004, p.80).

Aliás, esta pesquisa tem o condão influenciar positivamente na postura envergada pelos alunos. Isso porque, busca torná-los sujeitos mais reflexivos e críticos, e, como já discutido, permitir que o gestor implemente o planejamento participativo.

Quanto à compreensão da visão holística e do cuidado integral, não se deve olvidar que, consoante foi demonstrado ao longo desta tese, a religiosidade e a espiritualidade devem estar presentes. Os próprios alunos transparecem o desejo de que os movimentos contra-hegemônicos na área de saúde sejam propalados com maior frequência, de modo a estimular a ocorrência de mudanças tanto na prática quanto no ensino, bem como a difusão de discussões acerca da adequação do processo de formação, frente às novas necessidades e demandas de saúde clamadas pela sociedade.

Nesse intuito, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, estão sendo avocados para estabelecer novas relações, ante as vertentes demandadas pelo contexto social hodierno. Ou seja, há cada vez mais a necessidade de procederem à intervenção junto aos problemas e às situações de saúde-doença, identificando e levando em consideração as dimensões biopsicossociais, tais como os aspectos relacionados com a religiosidade e a espiritualidade.

A integralidade como assistência prestada, inclui no seu bojo diversos aspectos, tais como os biológicos, os psicológicos e os sociais, e, como exaustivamente explicitado nesta tese, os religiosos e os espirituais. Tais aspectos fizeram parte do discurso da enfermagem, mas, contraditoriamente, não se expressam nas práticas devido à fragmentação e à manutenção do modelo cartesiano de conhecimento, os quais ainda predominam no campo da saúde.

Outra contradição apresentada reside na organização do sistema e dos serviços de saúde, que também reproduz a lógica do modelo cartesiano de conhecimento e produtiva do capital, onde o ser humano é fragmentado e visto como uma “coisa qualquer”.

Todavia, cumpre inferir que as discussões dos mencionados conceitos também podem permear as contendas ventiladas quanto ao movimento de Reforma Sanitária; à

Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde (1978); às mobilizações populares e sindicais; à Constituição Federal (1988); à VIII Conferência Nacional de Saúde (1986); à Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986); ao Sistema Único de Saúde (disciplinado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990), dentre outras.

O segundo maior impasse – “nó” – mencionado pelos acadêmicos de enfermagem, foi com relação ao preconceito dos mesmos e dos professores, notadamente sobre os posicionamentos religiosos e espirituais dissonantes daqueles que os professam. Portanto, como se nota, a aceitação em discutir religiões diferentes, diversidade religiosa e espiritual, é fruto do preconceito dos próprios alunos e professores que, por via de consequência, acabou gerando uma barreira para discutir, refletir e adotar as respectivas ações sobre o assunto em pauta.

“Diferenças de opiniões dos professores sobre o tema, alguns com preconceito por ter crenças diferente” Q42

“Preconceito de alunos e professores” Q 38

“A forma como o acadêmico/professor vê a religião diferente com preconceito” Q8

“Aceitação do acadêmicos em discutir coisas que não concordam pessoalmente por terem religiões diferentes” Q23

“Aceitação dos alunos para uma discussão pacífica” Q 43

Na intenção de facilitar o entendimento do impasse – “nó” – evidenciado, “Preconceito/Aceitação” e as soluções apresentadas pelos acadêmicos de enfermagem, no sentido de para minimizar este “nó”, foi elaborado o quadro dezoito (18). Ressalta-se que, mais uma vez, as soluções foram divididas da seguinte forma: o que fazer e como fazer?

IMPASSE “O NÓ”	SUGESTÕES	
<p>Preconceito / Aceitação em discutir religiões diferentes.</p>	<p>O que fazer?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inserir uma disciplina teórica obrigatória no final do curso 2. Incluir estudos filosóficos sobre o tema deixando claro que o acadêmico irá lidar com diversidades religiosas e não pode ter preconceito 	<p>Como fazer?</p> <p>A- Abordagem ampla</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordando de maneira mais geral não focando a religião • Deixando claro que os enfermeiros irão lidar com diversidade religiosa e que os clientes tem direitos <p style="text-align: center;">✓ Estratégia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizando uma didática clara, objetiva e participativa <p>B- Cuidado de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provando o quanto é importante para o cliente, para a sua recuperação e que deve fazer parte do cuidado de enfermagem <p style="text-align: center;">✓ Estratégia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrando estudos científicos sobre o tema

Quadro 18: Impasse – “nó”. Preconceito/Aceitação em discutir religiões diferentes.

Da mesma forma que no impasse anterior, as sugestões dos alunos foram voltadas somente para os momentos teóricos, ratificando na percepção dos acadêmicos, que o “nó” está no momento teórico e não no prático.

Em relação ao que fazer, os alunos apontaram a inserção de uma disciplina opcional, a inserção de uma disciplina obrigatória no final do curso, bem como incluir estudos filosóficos sobre a temática em tela, aclarando que o acadêmico de enfermagem irá lidar com as diversidades religiosas e, portanto, não poderá ter quaisquer espécies de preconceito.

Quanto à primeira sugestão, cabe reafirmar que a inserção da disciplina sobre o tema da religiosidade e da espiritualidade deve perpassar por vários momentos, isto é, não só nos momentos teóricos – como recomendado pelos alunos – mas também nos práticos. Tudo leva a crer que o posicionamento dos alunos sobre a inclusão da referida disciplina, ocorrer ou não ao final da graduação em enfermagem, deve-se ao fato de que os mesmos já

tiveram a oportunidade de cursar a maioria das disciplinas e dos momentos práticos. Dessa maneira, seguem, abaixo, os respectivos relatos:

“No último período colocar uma disciplina vai ser ótimo, pois o aluno já passou por bastante coisa” Q8

“Deve ser inserida uma disciplina obrigatória do 8º período, pois aí não tem desculpa, já viu o que tinha que ver” Q23

Um destaque a ser feito é que as maneiras de fazer e o que fazer foram muito parecidas com a do impasse anterior, “Pluralidade Religiosa”, ou seja, a inserção de uma “disciplina” com uma abordagem ampliada e nos cuidados de enfermagem.

As sugestões dos alunos concernentes a como fazer foram divididas em dois momentos: a abordagem ampliada e o cuidado de enfermagem.

Evidencia-se que ao sugerir como fazer, os acadêmicos destacam, para este impasse, Preconceito / Aceitação em discutir religiões diferentes, só questões relacionadas com a teoria, diferente do anterior.

Tal como a abordagem ampliada no impasse – “nó” – anterior, sugere-se também nesta oportunidade, uma abordagem mais geral, na medida em que, como já foi discutido e proposto outrora nesta tese, o ensino religioso e espiritual como fenômeno social demanda uma neutralidade. Sugere-se, também, a discussão e a divulgação sobre a diversidade religiosa e os direitos dos clientes.

Nesse sentido, é fundamental que se tenha uma brecha na grade curricular do curso de enfermagem, com o fito de consolidar uma interdisciplinaridade com o curso de direito, pois, é incontroverso que em certas questões esta área poderá contribuir na formação do enfermeiro e, conseqüentemente, na integralidade do cuidado.

Assim, é imperioso valorizar a contribuição que outras áreas do conhecimento têm a oferecer, tal como as ciências humanas e sociais, uma vez que na perspectiva de trabalhos transdisciplinares e transeitoriais, enfatizam tecnologias leves (diálogo) e tecnologias leves duras (corpo de conhecimento das profissões).

Além disso, o ensino da ética e da bioética no curso de enfermagem deve romper com o modo tradicional que se limita à discussão do código profissional, reforçando a ideia de uma moral heterônoma, centrando-se no comportamento dos indivíduos. Deve ser destacado, ainda, que a ética profissional (deontológica) se caracteriza pela moralidade do agente, enquanto que a bioética se refere à moralidade dos atos, reconhecendo que a complexidade dos dilemas e das relações sociais, do nosso tempo, não pode ser resolvida por meio de princípios absolutos que desconhecem o contexto real, e, neste contexto, o “modo de andar na vida” com os aspectos religiosos e espirituais devem ser contemplados.

Assim, inovações no ensino da ética e bioética são urgentes, as quais devem ser contextualizadas a partir das situações reais, de modo que o estudante apreenda a verdadeira aplicabilidade desses conceitos na construção da integralidade na área de saúde. Dessa forma, a ética e a bioética aplicadas podem ser úteis, especialmente a ética profissional impressa em códigos (comportamento e moralidade), quando direcionada no sentido da formação de profissionais sensíveis, humanos, justos, solidários e, ainda, que reconheçam todas as necessidades dos clientes, inclusive as religiosas e espirituais, com vistas à integralidade do cuidado.

Outro ponto importante é o estudo da sistemática relacionada ao SUS, que, na maioria das vezes, desvincula-se da prática profissional, e, assim, acaba se tornando uma disciplina “cansativa” e tão-somente para “decorar”. Portanto, é fundamental que o acadêmico de enfermagem conheça a realidade dos usuários do SUS *in loco*, seja na família, na comunidade e nas redes sociais, favorecendo, sobremaneira, a apreensão dos sentidos da integralidade.

A discussão da estratégia de ensino proposta pelos acadêmicos de enfermagem, também deve ser melhor analisada, principalmente com relação aos “caminhos” que devem ser perquiridos para o alcance de uma abordagem ampliada, que, superficialmente, talvez pudesse ser lograda com uma utilização mais didática, clara, objetiva e participativa.

Para Batista & Batista (2004, p.76)

é possível criar condições objetivas de ensino-aprendizagem na medida em que condições subjetivas estejam presentes, quais sejam: valores, opção ideológica, vontade política, compromisso, concepção do processo de conhecimento. Considero o referencial teórico como necessário ao professor, para que seja possível uma transformação na prática metodológica em sala de aula.

Os autores em referência destacam que no contexto do ensinar-aprender, a primeira questão de cunho antropológico e a diversidade humana que deve ser conhecida é: como acesso esse outro? Quão diferentes somos?

Para tanto, os docentes devem envergar uma atitude de escuta e de observação, necessárias para a interação com o outro, com atitude humilde, isto, pois “todo sujeito se constitui em suas relações com o outro, na dinâmica de um sistema simbólico que permeia a coletividade, incrementando funções cognitivas, afetivo-emocionais e sociais” (BATISTA & BATISTA, 2004, p.77).

Desta feita, a construção de atividades de ensino-aprendizagem deve ser prazerosa para ambas as partes, bem como significativas e que resultem em um aluno mais crítico, capaz de analisar situações e com uma relação afetiva entre o professor-aluno, o que também pode ser representativa.

Desse modo, a realização de uma estratégia de ensino-aprendizagem clara, objetiva e participativa deve pressupor as questões anteriormente discutidas, pois, com a relação afetiva, com o conhecimento de quem está nesse processo, visão antropológica, e considerando as diversas sugestões dos alunos, tal estratégia será construída participativamente, não tendo aquela conhecida “receita de bolo”, onde os docentes ministram exatamente a mesma aula em turmas diferentes e quiçá em instituições diferenciadas.

Neste contexto relacional, o docente tem um papel fundamental, pois pode se tornar um exemplo a ser seguido ou não, e também representa um estímulo para que o aluno adquira conhecimento, especialmente na provocação do seu interesse. Lembro-me que durante a minha formação profissional, as aprendizagens significativas perpassaram por relações afetivas com os docentes, além das experiências e relatos dos mesmos e de colegas, onde a relação afetiva se mostrou presente.

Por mais que os alunos tenham feito a sugestão com o foco no momento teórico, frise-se que as experiências de ensino-aprendizagem, no campo da prática, não devem apenas se resumir na observação da realidade (problema) e na teorização, mas buscar hipóteses de solução e aplicação à realidade (prática), desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, individual e coletiva.

Nesse diapasão, os cenários de ensino devem ser diversificados, agregando-se ao processo. A interação do acadêmico com a população e profissionais de saúde deve ser ativa, desde o início do processo de formação. Isto proporcionará ao estudante trabalhar os problemas reais, assumindo, assim, responsabilidades crescentes como um agente prestador de cuidados compatíveis com o seu grau de autonomia, ou seja, a integralidade.

Por último, em relação às DCN's do curso de graduação em Enfermagem, nota-se que a valorização da técnica ainda acontece apesar das competências e habilidades exaltarem a saúde integral, reorientando o perfil quanto às necessidades de saúde e às exigências do SUS. Dessa forma, evidencia-se um paradoxo, visto que supervalorizam os aspectos técnicos e científicos em detrimento dos sócio-valorativos, e, aqui, os aspectos religiosos e espirituais devem estar presentes. Com isso, para a construção da integralidade do cuidado, é necessário desenvolver o aprender, o fazer, o ser e o viver junto, sem, contudo, supervalorizar quaisquer destes aspectos e para tal o planejamento participativo pode ser uma ferramenta valiosa.

Assim, percebe-se que os dois impasses supracitados, “Pluralidade Religiosa” e “Preconceito/Aceitação em discutir religiões diferentes”, são correlatos, ou seja, a pluralidade religiosa dificulta a discussão em sala de aula ou em campo de prática, pois nem sempre todos, sejam os acadêmicos e os professores têm o mesmo entendimento religioso e espiritual e acabam tendo preconceito, aceitação e diferenças de opiniões.

Quanto à segunda sugestão de como fazer, mais uma vez emerge o cuidado de enfermagem, só que diferente do primeiro impasse – “nó” –, onde foram sugeridas questões pertinentes somente à prática de cuidar, aqui são sugeridas questões que servem tanto para a prática do cuidado, quanto para os momentos teóricos. Para tanto, foi sugerido que provasse que a religiosidade e espiritualidade é importante para o cliente, para a sua recuperação e que estes devem fazer parte do cuidado de enfermagem.

Nesta sugestão apresentada, como mencionado no parágrafo anterior, é possível ser trabalhado nos dois momentos. Em relação ao momento teórico, a leitura de textos, livros que destacam sobre essa questão é importante, e mais do que abordar a questão da religiosidade e espiritualidade, que façam a conexão entre as necessidades ampliadas, a boa prática profissional, o respeito aos direitos constitucionais e éticos, a implementação do SUS e da LDB, com vistas à integralidade.

Compreendo que muitos destes textos e livros, cabe trazer à colação a produção científica do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde- (LAPPIS) do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Mattos & Pinheiro contam atualmente com 17 (dezesete) livros organizados, e podem ser considerados pelos alunos como leituras “difíceis”, porém se bem trabalhado, discutido pausadamente com exemplos práticos, contribuirão significativamente na formação profissional do enfermeiro, até mesmo para aquisição de conceitos que certamente serão discutidos posteriormente.

Ao realizar o planejamento participativo, os envolvidos podem discutir sobre os referenciais trabalhados com os alunos e que se o objetivo da formação profissional é formar enfermeiros reflexivos que realizem cuidados integrais, os referenciais desta tese não podem ser deixados lado. Assim, todos os envolvidos no planejamento participativo devem opinar e discutir sobre a pertinência dos mesmos.

Em relação à estratégia proposta pelos alunos, os mesmos mais uma vez destacam os estudos científicos sobre o tema de modo a comprovar a “veracidade”. Quanto à pesquisa, já se discutiu sobre a sua importância, de forma que, cada vez mais são enfatizadas as publicações científicas entre os acadêmicos de enfermagem, o que pode ser denotado na instituição cenário de pesquisa – UNIPLI –, quando utiliza a modalidade do artigo científico como trabalho de conclusão de curso (UNIPLI, 2007).

Assim, a proposta dos livros do Lappis é uma excelente alternativa, pois, a grande maioria dos capítulos são recortes de pesquisas científicas realizadas, tendo o foco da integralidade do cuidado.

O último impasse – “nó” – destacado pelos estudantes de enfermagem foi quanto à religiosidade e à espiritualidade, ante a interferência “negativa” da crença nos procedimentos e tratamentos. Destaca-se que as identificações dos alunos, concernentes a este impasse, foram estritamente práticas. O procedimento mais citado, que tem influência-interferência da religiosidade, foi a transfusão sanguínea.

“ Quando tem que fazer transfusão no hospital vejo que tem religião que não permite” Q4

“Bolsas de sangue para paciente Testemunha de Jeová é um problema, dá a maior confusão” Q10

“Muitas vezes existe interferência da crença em procedimentos/tratamento” Q30

“Alguns procedimentos que existe na Umbanda/Candomblé interfere no cuidado de enfermagem como por exemplo, o descarrego de pipoca, suja a cama e o paciente todo, fica tudo uma imundice e contamina tudo” Q10

Da mesma forma como foi adotado nos impasses – “nós” – anteriormente ventilados e, na intenção de facilitar o entendimento do impasse – “nó” – ora evidenciado, “Interferência da crença nos procedimentos e tratamentos” e as soluções dadas pelos acadêmicos de enfermagem para minimizar este “nó”, foi elaborado o quadro o quadro 19 (dezenove). Ressalta-se que, mais uma vez, as soluções foram divididas da seguinte forma: o que fazer e como fazer?

IMPASSE “O NÓ”	SUGESTÕES	
Interferência da crença nos procedimentos e tratamentos	<p>O que fazer?</p> <p>Profissional</p> <p>1. Capacitação Profissional dos enfermeiros</p> <p>Cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> Educação em Saúde com os clientes 	<p>Como fazer?</p> <p>Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> Discutindo com os profissionais sobre algumas alternativas de procedimentos e tratamentos que não conhecem caso haja conflito Amparando o profissional das condições legais para a realização ou não do procedimento <p style="text-align: center;">✓ Estratégia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educação Permanente <p>Cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientando sobre a importância do procedimento e/ou tratamento para o cliente de uma forma mais dialógica

		<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrando para o cliente que o enfermeiro está ali para fazer o que é melhor para ele <p style="text-align: center;">✓ Estratégias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educando os clientes e familiares de forma respeitosa sobre a importância do procedimento e/ou tratamento
--	--	--

Quadro 19: Impasse – “nó”. Interferência da crença nos procedimentos/tratamentos.

Em relação ao que fazer, os alunos apontaram dois focos, o profissional e o cliente. Em relação ao profissional, a sugestão apresentada foi a capacitação profissional. Quanto aos clientes, foi sugerida a educação em saúde. Seguem, adiante, alguns relatos:

“Os enfermeiros precisam de capacitação profissional inovadoras” Q48

“Acho que capacitação profissional é o remédio para resolver esse problema” Q52

“Não adianta só focar no profissional, temos que focar também no cliente fazendo educação em saúde com eles, assim quem sabe melhora” Q12

“A educação em saúde com os pacientes pode ajudar” Q37

As sugestões dos alunos concernentes a como fazer foram divididas igualmente em dois momentos: profissional e cliente.

No que pertine o profissional, foi sugerido que: a discussão com os profissionais sobre algumas alternativas de procedimentos e tratamentos que os mesmos não conhecem caso haja conflito entre o que deve ser feito na visão da ciência e o que deve ser feito na visão religiosa ou espiritual, e amparando o profissional das condições legais para a realização ou não do procedimento.

Em relação à primeira sugestão, já foi discutido na categoria anterior algumas alternativas existentes em relação à transfusão sanguínea, procedimento este que também foi o mais identificado em relação à influência da religiosidade na recusa de procedimentos.

Assim, pensar na formação profissional além do modelo cartesiano, ou seja, pensar em uma formação que contribua para a construção da integralidade do cuidado na perspectiva do cuidado prestado ao ser humano, inserido na sua realidade social, do cuidado prestado à pessoa como um todo, da valorização da subjetividade e do fazer além da técnica; representam um movimento contra-hegemônico e uma proposta para discutir outras alternativas, que não a tradicional. Uma mudança curricular aponta com o foco nas necessidades de saúde ampliadas, com vistas à integralidade do cuidado.

Em relação a outra sugestão de como fazer, amparando o profissional das condições legais para a realização ou não do procedimento ou tratamento, esta é outra sugestão que deve ser amparada não só no ensino da ética como na área do direito, que também já foram discutidas. Desse modo, é cogente ampliar tal discussão, na medida em que não deve ser feita não só com alunos, mas também com os enfermeiros, pois muitos não têm esse conhecimento.

Ressalta-se a essencialidade do conhecimento dos aspectos éticos e legais, pois, fato é que, a violação dos mesmos pode gerar a responsabilização administrativa, civil e penal do enfermeiro.

Em relação à responsabilidade, Cortez *et al* (2009) destacam que, a conotação de responsabilidade em sentido amplo se traduz como sendo as obrigações, os encargos, o compromisso, o dever de satisfazer ou executar alguma coisa que se convencionou e, que deva ser satisfeita ou executada ou, ainda, suportar as sanções ou penalidades decorrentes do descumprimento da obrigação inicialmente assumida.

Responsabilidade é a obrigação de responder nos termos da legislação profissional, civil e penal, pelos próprios atos ou pelos de outrem. Diante disso, cabe destacar que o profissional de enfermagem durante a prática do cuidar, deve ter como objetivo final a geração do bem-estar do cliente em todas as dimensões, com inclusão da religiosa e da espiritual, além de exercer suas atividades com transparência, competência, responsabilidade, honestidade, objetivando assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Sobreleva explicitar que os clientes são seres humanos, dotados de sentimentos e sujeitos de direitos, portanto, devem ter suas necessidades atendidas de forma satisfatória e digna (SILVA *et al*, 2009).

Em outro estudo realizado, Cortez *et al* (2009), destacam que o respeito e o atendimento das necessidades e direitos do cliente, reside na esfera de responsabilidade do enfermeiro, no sentido de fazer com que tais direitos sejam cumpridos. Destacam ainda, que o código de ética dos profissionais de enfermagem é o norte pela condução dos princípios, dos direitos, dos deveres e das responsabilidades da conduta ética e profissional da Enfermagem, de modo que, o seu descumprimento deflagra as consequências jurídicas sancionadoras que ora impõem – responsabilidades administrativas, civis e penais.

Outra análise feita é que se os alunos responderam com foco no profissional, incluem-se os docentes e os preceptores, visto que, os “nós” – os impasses – identificados são concernentes à gestão do aprofundamento de discussões, reflexões e ações sobre a religiosidade e a espiritualidade no curso de graduação em enfermagem. Sendo assim, ampliam-se ainda mais as sugestões para alunos, profissionais da prática do cuidar, professores, preceptores e não pode deixar de incluir ainda o gestor acadêmico e o gestor de saúde, pois de que adianta discutir e refletir com os demais, se os gestores não participarem da mesma e tiverem posicionamentos e entendimentos diferentes?

Em que pese a estratégia para a discussão com os profissionais sobre algumas alternativas de discussão, procedimentos e tratamentos profissionais, e no amparo legal do mesmo, os alunos trouxeram a educação permanente indiretamente. Seguem, abaixo, os relatos:

“A capacitação profissional deve ser algo novo, mais abrangente, não a educação continuada que só foca a técnica” Q50

“Tem que ser uma capacitação onde todos participem, problematizando sabe? Trocando experiência da prática e não seja nada obrigatório” Q22

“Acho que a capacitação pode ser a saída, mas algo inovador, com a aprendizagem voltada para experiências reais, fazendo conexão com o que a gente vê na realidade, sabe?” Q38

Não foi mencionado expressamente pelos acadêmicos de enfermagem o termo educação permanente, mas considerando os relatos realizados, evidenciou-se que, pelo o entendimento dos mesmos, há uma referência indireta ao mesmo.

Para Massaroli & Saupe (2008, p.3)

a Educação Permanente é considerada como algo mais abrangente da educação enquanto formação integral e contínua do ser humano com um referencial teórico-metodológico problematizador. A Educação Permanente é entendida como uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais, e incluem as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

Diante do contexto, a educação permanente se propõe a ser um fator que tem o condão de capacitar profissionalmente os enfermeiros.

A política de educação permanente reforça que as instituições de ensino devem contribuir para a implementação da mesma, e uma das formas de contribuição é inserindo a discussão da mesma na graduação e pós-graduação. Ademais, na instituição pesquisada – UNIPLI –, na nova grade curricular, ora vigente, já consta a disciplina “Educação Permanente e Enfermagem”, onde os alunos do 7º período discutem, refletem e realizam ações concernentes à educação permanente.

Em relação às sugestões com o foco no cliente, foram: orientação sobre a importância do procedimento ou tratamento para o cliente de uma forma mais dialógica, demonstrando que o enfermeiro atua no sentido de realizar a prestação do cuidado mais apropriada..

Sendo assim, a educação em saúde proposta pelos alunos junto aos clientes, deve ser dialógica, e, com lastro no entendimento de Sabóia (2003), como um instrumento efetivamente transformador, no sentido de construir sujeitos livres, que descubrem seu poder e potencial para produzir saber e gerar novos conhecimentos, tendo em vista empreender medidas que garantam melhoria da qualidade de vida dos grupos e pessoas nela envolvidas. Mesmo após uma discussão e reflexão com os clientes, deve ser entendido que os sujeitos são livres para as suas escolhas, e não cabe ao enfermeiro, como já discutido, o julgamento ou mesmo a imposição de mudanças de comportamento.

Quanto à educação em saúde, restou evidenciada a preocupação com a forma de realiza, e a problematização como uma alternativa, ante a preocupação de muitos no sentido de orientar o cliente através de um diálogo. Isto buscando conhecer o entendimento do cliente, para depois trabalhar com o saber do enfermeiro e, juntos, construir o conhecimento.

Ademais, para a construção da integralidade no ensino e na prática não deve se concentrar em ações pontuais, verticalizadas e uniprofissionais, mas sim buscar o diálogo e a parceria permanente entre ensino, serviço e comunidade.

A estratégia que os alunos colocaram para a realização das sugestões outrora destacadas é educando os clientes e os familiares de forma respeitosa sobre a importância do procedimento e/ou tratamento.

A preocupação dos alunos com o respeito do cliente e da família se coaduna com o Código de Ética de Enfermagem, a Constituição Federal, e o SUS. É interessante a inclusão da família neste processo pela questão da representatividade legal já traduzida, assim como pela questão cultural, pois, sabe-se que as manifestações religiosas e espirituais estão presentes no âmbito familiar.

Cortez, Shiratori & Teixeira (2009, p.173) destacam que:

A relação da religião na vida das pessoas é de grande importância podendo mesmo ser considerado raros os casos em que ela não está presente na vida dos sujeitos. Isso ocorre, porque já nascemos em uma sociedade formada e preparada para nos acolher, sofremos influência desta sociedade, principalmente das pessoas que são mais próximas, como os nossos familiares. Querendo ou não, já nascemos com uma religião, não nos perguntam se estamos de acordo, ou não, com a religião que nos foi determinada. Um bom exemplo disto é o batismo, no qual nossos pais nos introduzem na religião, mesmo antes de termos o livre arbítrio.

No mesmo estudo referenciado, os autores ressaltam que, é no seio da família que se desenvolve o aprendizado dos papéis que o indivíduo vai desempenhar no âmbito social e que é na família que se inicia a percepção do mundo e aprende a se situar nele. A família é a formadora da nossa primeira identidade social. Obedecemos aos nossos pais, aceitamos normas já definidas desde o nosso nascimento, sem questionamento, na grande maioria das vezes, isto é submissão.

Assim, a inclusão da família no processo educativo é uma sugestão interessante, já que, se entendermos que as necessidades de saúde devem ser ampliadas e contextualizadas, com a inclusão da família, de fato, haverá a aproximação com o cuidado integral.

Iniciando o segundo momento desta categoria, dentre os 52 (cinquenta e dois) acadêmicos, 18 (dezoito) identificaram algumas possibilidades – “laços” – para gerenciar o aprofundamento das discussões, reflexões e ações sobre a religiosidade e a espiritualidade no curso da graduação em enfermagem, com vistas à integralidade do cuidado. Sendo assim, 34 (trinta e quatro) alunos não identificaram as possibilidades, notando-se, contudo, que se trata de um percentual significativo, tendo em vista que 65,4% de discentes não conseguiram visualizar possibilidades.

Na identificação dos impasses – “nós” –, assim como das possibilidades – “laços” –, todos os acadêmicos vislumbraram as possibilidades para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre a religiosidade e a espiritualidade no curso de graduação em enfermagem, tanto nos momentos teóricos quanto nos práticos. Ainda na correlação com a análise dos impasses – “nós” –, demonstrou-se que os alunos tiveram mais facilidade em identificar os impasses do que as possibilidades, considerando que 82,7% dos alunos identificaram os impasses, enquanto 34,6% dos alunos identificaram as possibilidades.

Registra-se, ainda, que para cada possibilidade foi solicitado que os alunos fizessem sugestões para as mudanças no gerenciamento acadêmico, de forma a contemplar a religiosidade e a espiritualidade nos cursos de graduação em enfermagem, em prol da integralidade do cuidado.

As possibilidades foram: instituição flexível e aberta para mudanças, docentes qualificados e resgate histórico do cuidado de enfermagem.

Da mesma forma que na análise dos impasses – “nós” –, para o exame das possibilidades – “laços” –, optou-se por iniciar pela maior possibilidade – “laço” – identificada entre os acadêmicos de enfermagem, que é a instituição flexível e aberta para mudanças, pelo fato da instituição objetivar sempre o melhor possível e se preocupar tão-somente com as avaliações do MEC e dos alunos.

“A faculdade é a saída, eles querem ser a melhor de Niterói, são flexíveis pois, mudam a grade quase todo ano, acho que poderia conversar com a coordenação e pedir para colocar isso no currículo” Q10

“Aqui na faculdade tem uma preocupação louca com a nota do MEC, então se vai ser bom para o currículo, acredito que seja bom para o MEC e sendo bom para o MEC eles fazem qualquer negócio, são muito flexíveis a mudança” Q33

“A faculdade quer impressionar os alunos, questão de concorrência, acredito que mostrando um diferencial e isso pode ser o diferencial os alunos gostem, a faculdade se destaca e fica tudo ótimo” Q48

Para facilitar a compreensão da possibilidade – “laço” – evidenciada, isto é, “instituição flexível e aberta para mudanças” e as sugestões contempladas pelos acadêmicos de enfermagem para que o “laço” seja realizado, foi elaborado o quadro, abaixo, o quadro 20 (vinte). Ressalta-se que, mais uma vez, as sugestões foram divididas da seguinte forma: o que fazer e como fazer?

POSSIBILIDADE “LAÇO”	SUGESTÕES	
Instituição flexível e aberta para mudanças	O que fazer? 1- Mudança ou adaptação na grade curricular	Como fazer? <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar o resultado de pesquisas para a instituição para valorizar a religiosidade e espiritualidade e investir na mudança de currículo <li style="padding-left: 20px;">✓ Estratégias • Enviar relatórios de pesquisas sobre o tema para o gestor da instituição • Convidar o gestor para debate

Quadro 20: Possibilidade /“laço”: Instituição flexível e aberta para mudanças.

As sugestões emanadas pelos acadêmicos de enfermagem foram direcionadas somente para os momentos teóricos, ratificando nesta oportunidade, também, o fato de que a percepção dos mesmos está apenas no momento teórico e não no prático.

Em relação ao que fazer, as sugestões dos alunos foram: uma mudança ou adaptação na grade curricular.

“Acho que deve mudar o currículo com a valorização dessa questão” Q1

“Uma adaptação na grade pode resolver o problema” Q17

Em relação à sugestão em referência, a mudança ou a adaptação da grade curricular em enfermagem deve ser reforçada, no sentido de alterar o lugar das disciplinas, mantendo a intradisciplinaridade e a linearidade. Nesta disciplinaridade os alunos “aprendem” os conteúdos sem fazer relação entre eles.

Dessa forma, tal mudança e adaptação devem perpassar pela ruptura da lógica disciplinar para a visão inter e transdisciplinar em módulos temáticos, como proposto no currículo integrado, o que é tão difícil de ser abraçado nas instituições privadas.

Fato é que, a minha preocupação com a interdisciplinaridade na formação não é tão recente. Discuti este assunto no TCC do curso de especialização em ativação de processos na formação superior de profissionais de saúde. Nesse passo, cumpre salientar:

a formação dos profissionais de saúde como promotores da saúde integral do ser humano, através da integralidade da atenção, do cuidado integral, requer trabalho em equipe e identificação das necessidades sociais de saúde da população. O desafio em redefinir a formação dos profissionais de saúde para atitudes menos reducionistas, pautado na interdisciplinaridade dentro da perspectiva do SUS para garantir a atenção integral, o cuidado integral, construindo uma produção compartilhada de conhecimento faz-se necessária para melhoria da saúde da população. (CORTEZ, 2006, p.3)

Quanto à definição de disciplinaridade, na ótica de Japiassu *apud* Silva & Tavares (2003, p.296), esta é: “um conjunto sistemático e organizado de conhecimentos com características próprias nas distintas áreas de ensino, método etc., cuja exploração conduz a novos conhecimentos que substituem os antigos”. Ainda de acordo com a definição deste autor, interdisciplinaridade é:

busca a superação das fronteiras disciplinares. Podendo-se construí-la pela definição do que as disciplinas científicas têm em comum em níveis de integração mais profundos, seja pela unificação ou síntese dos conhecimentos científicos ou pelo estabelecimento de uma linguagem interdisciplinar consensualmente construída pelos cientistas. (SILVA & TAVARES, 2003, p.296)

Rematando este pensamento, a disciplinaridade de acordo com os autores em voga, seria a reunião de diferentes disciplinas articuladas em torno de uma mesma temática com diferentes níveis de integração. Destarte, é pertinente a indagação ventilada pelos autores, no sentido de que a interdisciplinaridade também deve ser aplicada ao processo de ensino-aprendizagem, e não só um conceito aplicado às ciências e às pesquisas, na mesma medida em que a formação dos profissionais da área da saúde deve ter uma perspectiva interdisciplinar.

Acrescenta-se, ainda, a perspectiva transdisciplinar acudida por Nicolescu (2005), onde explana que a transdisciplinaridade está ao mesmo tempo entre as disciplinas e, além de qualquer disciplina, com o objetivo de compreender o mundo.

Com isso, se o acadêmico de enfermagem está aprendendo a cuidar na academia, este fazer profissional demanda diversos conhecimentos e deve integrar o contexto da realidade. Isso porque, o cuidado deve ser prestado em todas as dimensões, incluindo a religiosa e espiritual, sendo, nesse sentido, fundamental o atendimento da inter e a transdisciplinaridade.

No que pertine essa sugestão, os alunos indicaram uma maneira de como fazer, de forma que a sugestão dos alunos foi: esclarecer o resultado de pesquisas para a instituição, de modo a valorizar a religiosidade e a espiritualidade de modo a investir na mudança de curricular.

“Pesquisa é pesquisa, acho que impressiona, devemos fazer pesquisas com nossos professores, mostrando pesquisas para instituição sobre o benefício da religiosidade no currículo do enfermeiro, eles vão crescer os olhos e aí incentiva a mudança” Q33

Evidencia-se, mais uma vez, que a pesquisa foi erigida como uma maneira de fortalecer os laços entre a religiosidade, a espiritualidade, o ensino de enfermagem e a gestão.

Ratificando o entendimento aqui consolidado, faz-se necessário colacionar, a seguir, o ideal delineado no preâmbulo do Código de Ética de Enfermagem:

a enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, **pesquisa** (grifo meu) e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias da vida (COFEN, 2007, p.107).

Dessa maneira, os acadêmicos de enfermagem devem buscar construir e reproduzir o conhecimento através da pesquisa. Ou seja, a criação de projetos de pesquisa, contextualizados com o modo de andar na vida do usuário, dentre outros, focando as questões concernentes à religiosidade e espiritualidade, pode ser de fato, uma forma de contribuir tanto para o ensino, como também para o cuidado integral e, ainda, para a instituição, a fim de valorizar tais questões e investir na mudança curricular.

Tal investimento deve ser consignado, pois os professores e os gestores acadêmicos das instituições privadas, diferente das públicas, ganham por hora/aula, os alunos na grande maioria já são trabalhadores, e, para realizar as mudanças com o escopo de trabalhar com tais adversidades, requer investimentos motivacionais e econômicos.

Os alunos também apontaram algumas estratégias que viabilizam as sugestões outrora discutidas, são elas: envio de relatórios de pesquisas sobre o tema para o gestor da instituição, e convidando-o para um debate.

Em relação aos relatórios, o contexto autoriza a inferência da possibilidade de criação de um boletim de divulgação de pesquisas, um jornal do curso elaborado pelos próprios alunos e professores do curso e/ou um blog, seriam formas mais dinâmicas de divulgar as pesquisas.

Ordinariamente as pesquisas realizadas pelos alunos e professores não têm visibilidade entre os gestores, as quais se limitam a “irem” para a biblioteca ou mesmo quando publicadas em revistas científicas, não são tão valorizadas quanto nas instituições públicas de ensino. Assim, modificar a cultura do pesquisar por “obrigação”, por exemplo,

em especial no TCC, é urgente tanto para os alunos quanto para os professores e os gestores.

Quanto ao convite do gestor para discutir a respeito do tema, este pode ser realizado para iniciar o planejamento participativo, onde não só essa questão precisa ser discutida, como também outras searas do processo ensino-aprendizagem.

A próxima possibilidade – “laço” – identificada pelos alunos para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre a religiosidade e a espiritualidade no curso de graduação em enfermagem, tanto nos momentos teóricos quanto práticos, foi “docentes qualificados”.

“Os professores daqui são bem qualificados, todos tem mestrado” Q23

“Nossos professores são ótimos, são mestres todos, alguns doutores e doutorandos, ainda tem especialização, são bons mesmos” Q27

Foi elaborado, abaixo, o quadro o quadro 21 (vinte e um), no intento de visualizar a vertente possibilidade. Ressalta-se que, mais uma vez, as sugestões foram divididas da seguinte forma: o que fazer e como fazer?

POSSIBILIDADE “LAÇO”	SUGESTÕES	
Docentes qualificados	O que fazer? 1- Capacitação Pedagógica	Como fazer? <ul style="list-style-type: none"> • Orientando os professores sobre a importância de abordar o tema • Ensinando aos professores como lidar com as diversidades religiosas e culturais na sala de aula e na prática de cuidar <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estratégias • Convidar líderes religiosos para um debate com os professores

Quadro 21: Possibilidade / “laço”: Docentes qualificados.

A única sugestão dos alunos em relação à possibilidade – laço – “docente qualificado”, no que tange ao que fazer, foi a capacitação pedagógica.

“Os professores sinceramente precisam de capacitação” Q1

“Os professores precisam mudar a pedagogia, alguns se formaram antes do SUS, não sabem o que é isso, fizeram o mestrado em outra época e mais nada” Q2

“Os professores são muito bons, mestres e doutores, mas precisam de uma capacitação, pois o tema é polêmico e isso eles também não aprenderam, aposto que a faculdade investiria neles, pois se preocupa com a avaliação” Q45

“Muitos professores são altamente qualificados, a faculdade aqui é muito boa, perto de outras privadas, mas não são atualizados sobre o tema e não sabem passar, acho que uma capacitação para eles seria o ideal” Q52

A capacitação pedagógica proposta pelos acadêmicos de enfermagem, denota que os mesmos avaliam o corpo docente qualificado tecnicamente e titularmente, porém, com estratégias didático-pedagógicas ultrapassadas.

Quanto a essa questão técnica e titular exigida do professor na área da saúde, Batista & Batista (2008, p.225) destacam que: “a função do professor de medicina era baseada nos conhecimentos técnicos, e raramente se questionavam os atributos didáticos. Os médicos tornavam-se professores a partir de suas competências técnicas em medicina” Os autores destacam, ainda, que não é privilegiada a contratação de professores que ensinam e pesquisam, mas sim professores técnicos.

Essa questão é acentuada, visto que, na enfermagem, a mesma, de fato, acontece. Salvo quando se exige do professor formação, cursos voltados para as questões didáticas, assim como, que esse professor ministre uma aula antes de ser contratado, de modo a avaliar tais questões. O que é exigido é a experiência técnica profissional e/ou a titulação desse enfermeiro.

Outro equívoco é entender que o enfermeiro titulado como mestre ou doutor está plenamente capacitado para se tornar um professor, quando o mesmo deseja ingressar no mundo acadêmico. Como já discutido, nem todas as pós-graduações oferecem obrigatoriamente uma disciplina ou um programa com o viés no aperfeiçoamento do docente.

É conveniente colacionar nesta oportunidade, o Programa de Aperfeiçoamento Docente (PAD), oferecido ao longo do meu doutorado. Porém, na mesma medida, é importante aclarar que este Programa só foi oferecido de modo obrigatório para aqueles que eram bolsistas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Por outro lado, outros colegas que cursaram o mestrado e doutorado, na qualidade de não bolsistas do CAPES, não foram obrigados a realizar o PAD.

Além do mais, não se deve olvidar que as instituições de ensino incentivam a realização do mestrado e doutorado, com um viés meramente econômico, pois, costumeiramente ao concluir estes cursos, o professor recebe uma porcentagem de 5 a 15% no seu salário nas instituições privadas e de 30 a 50% nas instituições públicas. Desta feita, fato é que, muitos professores só buscam cursar um mestrado ou doutorado, apenas no intuito de aumentar o salário, sem a preocupação com o seu aperfeiçoamento docente.

De acordo com Batista & Batista (2008) vivemos em um mundo em constante transformação, e ensinar deve ser uma atividade dinâmica, onde deve ser considerado um processo enriquecedor tanto para quem aprende quanto para quem ensina, pois a construção do conhecimento deve ser compartilhada. Dessa forma, o professor deve ter uma postura crítica, criativa e solidária, de modo a viabilizar a aprendizagem significativa.

Todavia, para tanto, novas estratégias didático-pedagógicas devem ser pensadas, a título de exemplo, aprender novas metodologias como a ABP, e trabalhar com portfólios reflexivos, como um instrumento efetivo de aprendizagem.

O portfólio é realçado aqui, pois se trata de um instrumento de aprendizagem no curso de especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde, bem como pela possibilidade de que o mesmo viabilize o aluno participar ativamente no processo ensino-aprendizagem.

Os alunos também apontaram como fazer a capacitação pedagógica, onde os mesmos ressaltam que os professores devem ser orientados sobre a importância de abordar

o tema, assim como devem ensiná-los a enfrentar as diversidades religiosas e culturais na sala de aula e na prática de cuidar.

Assim, percebe-se que na visão dos alunos é fundamental um investimento para a capacitação pedagógica dos professores, de forma a valorizar a religiosidade e a espiritualidade para um cuidado de enfermagem humanizado e integral.

Quanto à importância de abordar tema, assim como, de lidar com as diversidades, mais uma vez colaciona-se à interdisciplinaridade, onde, para que esta ocorra, deve haver um trabalho em equipe.

Considerando que os professores terão que lidar com as diversidades religiosas e culturais em sala de aula, no desenvolvimento de seu processo de trabalho, com problemas complexos, numa tessitura que envolve vários aspectos do viver humano, com suas múltiplas facetas, numa sociedade que é por sua vez também complexa. A formação profissional desses profissionais precisa incluir uma multiplicidade de olhares e saberes para apreender a dinâmica da saúde, sob a perspectiva assumida por Mendes (1996 *apud* CORTEZ, 2006), como uma acumulação social, abrangendo a produção de bens e serviços econômicos e não econômicos, englobando tudo o que o ser humano cria a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas econômicas, organizativas e culturais.

Penso assim, que no processo de construção de uma nova estrutura curricular, que tenha como eixos norteadores a integralidade e o cuidado, será necessário encontrar pontos de contato entre as disciplinas existentes, as lacunas do conhecimento, descobrindo áreas de saber, formas de cuidado e suas concepções, uma vez que é sabido que essas são múltiplas. Assim, com essa visão abordar o tema religiosidade e espiritualidade no processo ensino-aprendizagem é relevante.

Na constituição de um grupo de trabalho numa instituição de ensino, é preciso considerar a existência de divergências, não só nas teorias que alicerçam o trabalho em saúde, mas também na coerência entre os modelos teóricos propostos pelas diferentes disciplinas, assim como entre os conteúdos ministrados para sustentá-los (MACHADO *apud* CORTEZ, 2006.)

Entretanto, mesmo os indicadores demonstrando a necessidade da mudança (atitude), é possível identificar os inúmeros obstáculos que interpenetram a prática interdisciplinar, dentre os quais: epistemológico (cada disciplina, uma vez emancipada da

filosofia, subdivide-se em setores autônomos, constituindo uma linguagem própria, que encerra o conhecimento num espaço fechado sem comunicação com outras linguagens); institucional (tal separação do saber é consagrada pelas instituições de ensino e pesquisa); psicossociológico (criam uma multiplicidade de compartimentos estanques cada vez mais restritos, resultando em concorrência e conflitos de poder que esterilizam o avanço da produção científica); e, – na minha visão – o mais importante com relação aos obstáculos metodológicos, que implicam na prévia superação dos demais obstáculos, pois se trata de reformulação generalizada da estrutura de ensino das diferentes disciplinas, questionando sobre a validade ou não destas, em função do tipo de indivíduo que se pretende formar. Observa-se, assim, as relações da disciplina com as demais, sem negligenciar o terreno de sua especificidade (CORTEZ, 2006).

Com isso, nota-se que a interdisciplinaridade pressupõe um trabalho de equipe, excluindo de vez o modelo hierárquico linear e assumindo a relação dialógica, a sensibilidade, a arte de entender e esperar um desenvolvimento no sentido da criação e imaginação. A interdisciplinaridade seria uma forma de alcançar a transdisciplinaridade, etapa que não ficaria na interação e reciprocidade entre as ciências, mas alcançaria um estágio onde não haveria mais fronteiras entre as disciplinas.

Uma estratégia apontada para os alunos para a capacitação pedagógica dos professores foi convidar líderes religiosos para um debate com os professores. Tal estratégia pode ser considerada uma possibilidade para o início de uma prática interdisciplinar.

Quanto à interdisciplinaridade, esta já foi discutida e a estratégia lançada pelos alunos encontra resguardo na mesma.

A última possibilidade – laço – identificada pelos acadêmicos de enfermagem para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre religiosidade e espiritualidade no curso de graduação em enfermagem, é o “Cuidado de enfermagem”, onde, os alunos realizaram uma analogia da história da enfermagem. Os primórdios da enfermagem, com a valorização da religiosidade e espiritualidade no cuidado prestado à época, sugerem um resgate de tal valorização para os tempos atuais, alegando que a própria clientela tem se aproximado das questões religiosas e espirituais no processo saúde-doença.

*“Acredito que através do cuidado de enfermagem pode haver um resgate da religiosidade”
Q8*

“Cuidando dessas pessoas, tendo como base a história da enfermagem, a religiosidade pode ser novamente valorizada” Q43

“O cuidado de enfermagem voltado para as questões espirituais, fazendo na prática e vendo os resultados, como se via antigamente” Q49

“As pessoas estão se aproximando ultimamente das questões religiosas e espirituais, voltando ao que era antigamente, assim o cuidado de enfermagem, quer dizer o enfermeiro, também pode voltar na história e se preocupar com a espiritualidade quando for cuidar de alguém, pois as pessoas tão exigindo isso a cada dia mais” Q49

“Vejo que a psicossomática está na moda, as pessoas acreditam bastante nisso, e ela tem ligação com questões subjetivas como a espiritualidade e religiosidade, por exemplo, temos que valorizar essas coisas quando cuidamos das pessoas” Q52

Desse modo, evidencia-se que o resgate histórico do cuidado de enfermagem, assim como a valorização da psicossomática, foram pontuadas pelos alunos como possibilidades de aprofundar as discussões, reflexões e ações sobre religiosidade e espiritualidade no curso de graduação em enfermagem, tanto nos momentos teóricos quanto práticos.

Grün & Dufner (2008) destacam que a psicossomática enfatiza que os distúrbios do corpo não são coincidência e meramente exteriores, mas sim o reflexo da verdadeira condição da pessoa, seus desejos e necessidades inconscientes, de forma que o corpo sinaliza o que não se admite. Dessa forma, os desejos e as necessidades inconscientes podem perpassar pela religiosidade e espiritualidade.

Na intenção de organizar a possibilidade “Cuidado de enfermagem “e as soluções dadas pelos acadêmicos de enfermagem”, foi elaborado o quadro 21 (vinte e um). Destaca-se que, mais uma vez, as soluções e as sugestões foram divididas da seguinte forma: o que fazer e como fazer?

POSSIBILIDADE “ O LAÇO”	SUGESTÕES	
Cuidado de enfermagem	O que fazer? 1- Resgatar a essência do cuidar, os primórdios, que foi perdida com o tempo e focar o cuidado humanizado do enfermeiro	Como fazer? <ul style="list-style-type: none"> • Ensinando, discutindo e realizando um cuidado humanizado e integral <p style="text-align: center;">✓ Estratégia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aliando a religiosidade e espiritualidade no cuidado de enfermagem como uma forma de aproximação, acesso ao cliente.

Quadro 22: Possibilidade / “laço”. Cuidado de enfermagem.

A única sugestão dos alunos em relação à possibilidade – laço – “Cuidado de Enfermagem”, ao que fazer, foi resgatar a essência do cuidar desde os primórdios, a qual foi perdida com o tempo e a necessidade de focar o cuidado humanizado do enfermeiro.

“Desde o início da história da enfermagem essa questão foi valorizada, porém com a tecnologia acabou se perdendo. Acho importante resgatar essa questão na teoria e na prática para um cuidado mais humanizado” Q1

“No início da profissão as enfermeiras eram religiosas e o cuidado perpassava essa questão, acredito que isso deve retornar, pois os enfermeiros não são mais enfermeiros e sim técnicos, a única preocupação agora é com a técnica, com o procedimento, o ser humano ficou de lado” Q51

Observa-se, dessa maneira, que resgatar a essência do cuidar, desde os primórdios, que foi perdida com o tempo e focar o cuidado humanizado do enfermeiro, foi a sugestão dos alunos para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre a religiosidade e espiritualidade no curso de graduação em enfermagem.

Os aspectos históricos sobre a influência da religiosidade e da espiritualidade no ensino e no cuidado de enfermagem, já foram apresentados no capítulo II dessa tese. Destarte, a análise a ser realizada reside na proposta dos alunos de como fazer tal resgate

histórico no cuidado de enfermagem que, para eles, é ensinando, discutindo e realizando um cuidado humanizado e integral.

“Ensinar e discutir com os alunos que a religiosidade/espiritualidade muitas vezes ajudam o cliente no seu bem-estar e auto-estima” Q3

“Para quem está em fase terminal a religiosidade/espiritualidade deve fazer parte sim do cuidado” Q7

“Tem que ser ensinado que a fé, independente da religião é importante para a saúde e que o cuidado integral deve compor essas questões” Q16

“Temos que aprender e aceitar que aspectos religiosos/espirituais faz bem para a saúde e facilitaria o cuidado” Q39

“Muitas vezes, a espiritualidade/religiosidade é uma aliada para o cuidado, pois aproxima o cliente, facilita o acesso e o diálogo” Q6

Quanto ao ensinar o cuidado integral, Pinheiro, Cecim & Mattos (2006) publicaram um livro sobre experiências de ensino da integralidade em saúde na formação de profissionais. Como justificativa para tal publicação os autores destacam que identificaram uma história de lutas da sociedade brasileira, liderada pelo movimento de reforma sanitária que, em 1988, consagrou na carta magna brasileira a garantia da saúde como um direito de cidadania, a ser institucionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores destacam ainda que, a motivação permanente na elaboração da obra foi contribuir para o desenvolvimento de práticas educativas mais porosas aos contextos da vida nos locais nos quais se inserem, capazes de formar profissionais imbuídos de práticas cuidadoras em saúde, com respeito à pluralidade e à singularidade dos processos de viver. Nestes se incluem adoecimentos e demandas por atenção de saúde, nas quais o usuário ocupa o centro da atenção, numa perspectiva dialógica, cuja natureza ética permita transformar o trabalho e os trabalhadores em atores ativos de invenção de sua existência e dos coletivos humanos.

Sendo assim, evidencia-se uma preocupação do grupo de pesquisa Lappis (IMS) com o ensino da integralidade e na obra referida, existem diversas experiências de ensino. Como já havia sugerido, a discussão das publicações do grupo de pesquisa para uma reflexão, ação e reflexão junto com os alunos é importante.

Diante desse contexto, ressalto que na produção científica sobre integralidade existe uma relação com a produção científica sobre humanização. Ressalto ainda, que Mattos (2005) também faz essa associação ora já mencionada, mas que merece destaque, quando enfatiza que o acolhimento, vínculo, valorização da escuta e organização dos serviços centrados nos usuários, são alguns dos valores defendidos tanto “sob a alcunha” da humanização quanto da integralidade.

Finalizo o pensamento de que o ensino da humanização e integralidade no ensino de enfermagem, não esquecendo que para tal a religiosidade e espiritualidade do cliente devem ser abarcadas, seja em momentos teóricos quanto práticos, vão ao encontro do que está preconizado no SUS, na Constituição Federal e no código de ética, pois com isso o cuidado de enfermagem se aproximará da integralidade e humanização da assistência.

Acredito, ainda, que a aprendizagem tendo como foco as experiências realizadas, e vivenciadas não só em momentos práticos, mas também nos teóricos, torna-se mais significativa, na medida em que percebe as possibilidades de ensinar e aprender a integralidade.

Para algumas pessoas, pode parecer uma utopia o ensinar e praticar a integralidade e a humanização, mas acredito que estas, devem ser princípios a serem perseguidos, resistindo à lógica do capital e do modelo biomédico de saúde centrado no individualismo, na especialização, na tecnificação do trabalho, na atenção curativa e na concentração de recursos. A utopia deve ser um ideal orientado para a transformação da realidade presente, e considerada como parte necessária e, indispensável a uma proposta de mudança, uma vez que assinala os rumos da transformação a partir do real.

Cabe à enfermagem a reconciliação entre as atividades acadêmicas e o mundo do trabalho, trazendo significado à formação dos enfermeiros egressos/profissionais, buscando a superação das visões elitistas, mecanicistas e idealizadas, que desconsideram a complexidade e contradições das práticas concretas, na área de saúde.

Porém, para tal, a consideração dos aspectos religiosos e espirituais que permeiam as vidas, de muitas pessoas, devem ser considerados e valorizados, principalmente se o objetivo for alcançar um cuidado integral e humanizado.

A estratégia sugerida pelos alunos para resgatar a essência histórica do cuidar através do ensino e prática do cuidado humanizado e integral foi a aliança entre a religiosidade e espiritualidade no cuidado de enfermagem como uma forma de aproximação, acesso ao cliente.

Um destaque a ser feito no que se refere à história de enfermagem, é que nos anais de Enfermagem de 1938, foi publicada uma consideração sobre o espiritismo por Bernardes; em 1946 foi publicada por Desmarais a influência da alma sobre o corpo; em 1954 foi publicado por Cruz um estudo sobre a formação profissional religiosa da enfermeira e dos problemas referentes à assistência de enfermagem (CARVALHO & SAUTHIER, 2002). Sendo assim, percebe-se que a aliança entre a religiosidade, espiritualidade e enfermagem é antiga, e que na atualidade está havendo uma nova aproximação.

Em relação à aproximação, acesso ao cliente, esta estratégia, vai ao encontro da identificação e reconhecimento das necessidades dos clientes, dentre elas as religiosas e espirituais, pois para cuidar integralmente do outro devemos considerar todas as suas necessidades, até mesmo as não evidentes, como preconiza Tocantis (1993).

Desse modo, pensar sob a ótica do “novo” conceito de saúde é primordial, saúde esta que é direito de todas, e ultrapassa a visão biológica preventivo-curativa para atingir o homem como ser social. E para isso, Carvalho (2006) diz que é imprescindível que os estudantes disponham de oportunidades apropriadas para a formação da mentalidade crítica, com a visão da totalidade, abordagem em conjunto, espírito coletivo, interativo e solidário para adequar as mudanças, as lutas profissionais e a defesa da enfermagem.

Ainda de acordo com autora supracitada:

o quanto mais e melhor aprende-se a cuidar cuidando [...], a prática de cuidar, na assistência de saúde, é demarcada pelos cuidados de enfermagem. A enfermeira não pode por lei e nem por moral abrir mão de sua responsabilidade de cuidar e ensinar a cuidar [...]. As necessidades dos clientes é que determinam os cuidados de enfermagem de quem carecem. (CARVALHO, 2006, p.350)

Tal pensamento reforça a importância do cuidado de enfermagem se respaldar dentre outras nas necessidades dos clientes, e inclua aqui as religiosas e espirituais, para que esse seja a “boa prática” profissional de acordo com Mattos (2001) e Pinheiro (2001), contribua para a integralidade do cuidado.

Como nas outras categorias mais uma vez me apoio no raciocínio de Taleb (2008), destacando que o resultado obtido nesta categoria não é um “Cisne Negro” como nas demais, pois aqui, apoiadas em pesquisas realizadas na minha trajetória acadêmica, já era esperado que os impasses – nós- fossem maiores do que as possibilidades – laços.

Porém, crê-se que o impacto desta categoria não seja a identificação dos “nós” e “laços”, mas sim das sugestões dos alunos para “dessamarrarem” os “nós” e fortalecerem os “laços”. Isso porque, estas reafirmam que os alunos podem e devem contribuir significativamente na gestão acadêmica, no processo ensino-aprendizagem, se esta entender que os mesmos devam participar de todo o processo, ou seja, for uma gestão participativa.

Nesse sentir, mais uma vez, este resultado pode contribuir como um impacto positivo para a construção de gestões acadêmicas participativas, de forma que os gestores elaborem estratégias de “captação” dos alunos para a construção, a avaliação, a reconstrução do PPC, tal como outras questões gerenciais que sejam relevantes, onde, os gestores devem ter uma escuta sensível com esses alunos, na medida em que estes vivenciam o processo educativo, estão aptos e têm direitos de contribuir para sua formação profissional.

Ademais, se o objetivo da formação profissional do enfermeiro é que estes sejam reflexivos, críticos e que reconheçam e ofereçam um cuidado integral, as sugestões dos mesmos nesta pesquisa, é uma contribuição para a gestão acadêmica, assim como, para discussões sobre a formação profissional do enfermeiro.

Assim, me respaldo em Schön (2000) um dos maiores pesquisadores que escrevem sobre a importância da reflexão e o seu papel na formação profissional. Para este autor é necessário que na formação profissional haja integração da teoria, da prática e da reflexão, baseado no processo de reflexão-na-ação, ou seja, um ensino em aprender através do fazer seja prioridade, um processo de construção cuja capacidade de refletir seja estimulada pela interação e com diálogo reflexivo com a realidade.

Desse modo, o fazer gerencial pelos alunos, isto é, participando da construção, da avaliação, da re-construção do PPC e de outras questões gerenciais, assim como priorizando o fazer, ou melhor, o aprender através do fazer pautado em uma prática dialógica e contextualizada com a realidade, contribuirá para a formação de enfermeiros mais reflexivos.

Por derradeiro, encerra-se esta categoria com o relevo na necessidade da realização dos ajustes e na formação profissional do enfermeiro, com foco no que preconiza as bases do SUS, considerando, também, os preceitos estatuídos na Constituição Federal e no Código de Ética de Enfermagem.

Assim, reconhecer os “nós” para desatá-los e os “laços” para fortalecê-los, no que tange ao gerenciamento, ao aprofundamento das discussões, às reflexões e às ações sobre a religiosidade e a espiritualidade no curso de graduação em enfermagem, tanto nos momentos teóricos quanto nos práticos, é um dos caminhos para a integralidade do cuidado.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Uma analogia sobre a definição de espiritualidade seria o JAZZ. O jazz é sintético e social, reunindo muitas vozes e pessoas. É eclético, tomando emprestado elementos de tudo e de toda parte, de cantigas infantis e canções folclóricas à música aborígine australiana. É pluralista. Não há forma correta de jazz. É improvisador, espontâneo, todas aquelas vozes respondendo umas às outras (e à audiência) tomando por base o que veio antes mas nunca preso a ele. É complexo, viceja no contraponto e é ricamente aleatório e imprevisível.”

Robert C. Salomon (filósofo)

“Chamarei de religiosidade nossa capacidade para captar a dimensão sacra do mundo. Embora não seja ela uma capacidade que é comum a todos os homens, é, não obstante, uma capacidade tipicamente humana. Certas pessoas, certas épocas e certas sociedades dispõem de um talento especialmente marcado para a religiosidade. Há pessoas religiosamente surdas, mas não há época nem sociedade inteiramente isentas de religiosidade”

Vilém Flusser (filósofo)

De modo a concluir essa tese, são lembrados, oportunamente, os três objetivos propostos inicialmente, restando ao final demonstrado, que os mesmos foram devidamente alcançados.

O primeiro objetivo do estudo foi identificar se os alunos participam da gestão acadêmica na construção, atualização e/ou avaliação do PPC. Para tanto, foi erigida a categoria: “Discentes alheios na gestão acadêmica: alunos se descobrem desconstruindo cercas e construindo pontes para gestão participativa”. Identificou-se que, dos 52 (cinquenta e dois) sujeitos da pesquisa, todos responderam de forma negativa, ou seja, nenhum acadêmico de enfermagem do UNIPLI participa ou participou da construção, da avaliação ou da re-construção do PPC.

Sendo assim, evidenciou-se que não existe uma gestão acadêmica participativa na instituição pesquisada. Porém, notou-se ainda que, os acadêmicos de enfermagem desejam participar da gestão acadêmica, construindo, atualizando e/ou avaliando o PPC. Isso pode ser inferido, muito embora não tenha sido questionado diretamente para os alunos no instrumento de coleta de dados, na medida em que os mesmos descreveram sugestões neste sentido, tais como: conscientizar a coordenação da importância do aluno participar no gerenciamento acadêmico, através de pesquisa de opinião sobre o PPC; pedir sugestões e soluções para os alunos quanto à construção, à atualização e/ou à avaliação do PPC; realizar assembleias e reuniões com a participação; através de abaixo-assinado e avaliações, inserir uma disciplina de ensino na qual os alunos possam planejar, implementar, avaliar, construir, re-construir, ou seja, participar de um PPC. Ante tais sugestões, denota-se que os alunos envidam os seus esforços no sentido de desconstruir cercas e construir pontes para uma futura gestão participativa no curso de graduação em enfermagem.

É imperioso destacar, outrossim, que os alunos não estão ausentes da gestão acadêmica porque desejam, mas sim pelo fato dessa gestão “não pertencer” a eles, uma vez que a mesma não tem o cunho participativo. Por esse motivo, depreende-se que os acadêmicos de enfermagem do UNIPLI estão alheios ao que acontece no gerenciamento acadêmico.

Frente às sugestões emanadas pelos alunos e, no intuito de contribuir com o início de uma gestão participativa na instituição pesquisada, são ventiladas algumas propostas no segundo momento, como questões de cunho fundamentais referentes, sobretudo, ao planejamento participativo. Frise-se, no entanto, que o primeiro momento deve partir da realidade institucional, o que é denominado limites da empresa, onde são pinçadas a realidade global existente (marco situacional), a global desejada (marco doutrinal) e a

realidade desejada do campo de ação (marco operativo), ou seja, o gestor deve ter a intenção de realizar um planejamento participativo e conseqüentemente uma gestão participativa, pois, não basta apenas uma das partes pretender realizá-lo. Com isso, a instituição pesquisada e as demais instituições de ensino podem lançar mão dessas estratégias de forma a iniciar um caminhar no gerenciamento participativo, assim como valorizar os acadêmicos, a fim de lograr uma melhor formação profissional dos mesmos.

Vale salientar, ainda, que o PPC deve garantir a formação de profissionais capazes para o exercício da cidadania plena, assim como para serem sujeitos provocadores da transformação da realidade, frente ao surgimento dos problemas suscitados na sociedade hodierna, cujo influxo ocorre notadamente pelos fatores da globalização e informatização. Mas, para isso, a participação dos envolvidos no processo é essencial, de modo que a gestão acadêmica participativa pode contribuir, sobremaneira, para a consecução desta finalidade.

O segundo objetivo dessa tese foi descrever o entendimento dos acadêmicos de enfermagem sobre as oportunidades de discussões, as reflexões e as ações quanto aos aspectos da religiosidade e da espiritualidade no ensino teórico e prático, bem como nos cenários do cuidado durante o curso de graduação em enfermagem – participando ou não do PPC. Na categoria “Religiosidade e Espiritualidade no curso de graduação em Enfermagem o dito; o não dito; o feito; o não feito; o dito e o feito; o não dito e o não feito; e o dito pelo não feito e o feito pelo não dito”, foram descritos tais entendimentos.

Concernente aos momentos teóricos – “o dito em sala de aula” – 88,4% dos alunos identificaram em 25% das disciplinas teóricas, oportunidades de discussões, reflexões e ações acerca da religiosidade e da espiritualidade. A abordagem realizada em sala de aula ocorre, em especial, através do respeito aos clientes, respeito aos direitos do cidadão, através do lidar/atitude do enfermeiro e do cuidado de enfermagem.

Em relação aos momentos práticos – “o feito na prática do cuidar” – 61,6% dos alunos identificaram e exemplificaram a religiosidade e a espiritualidade em 66,7% das disciplinas práticas. Quanto à forma que as mesmas foram percebidas, houve um ponto conexo com o momento teórico, ou seja, também foi através do respeito aos clientes, principalmente aos direitos do cidadão, através do lidar/atitude do enfermeiro e do cuidado de enfermagem. Com relação às vivências práticas dos alunos, as mesmas permearam conflitos éticos, mas como já mencionado, com foco no respeito ao direito do cliente, cujo

momento mais foi relatado foi na visita hospitalar e na visita domiciliar, ou seja, quando o modo de andar na vida do cliente se coaduna com o momento da internação hospitalar ou quando o enfermeiro vai ao domicílio do cliente e se depara com o seu modo de andar na vida. A recusa de se submeter a certos tratamentos, também foi bastante exarada pelos acadêmicos de enfermagem. A aliança entre a religiosidade e espiritualidade e o cuidado de enfermagem, pode ser percebido ao se utilizar delas para promover segurança, conforto e reduzir a ansiedade dos clientes.

Sendo assim, com essa identificação responde-se a primeira parte do problema da vertente pesquisa, que era: se é verdade que o gestor acadêmico garante discussões, reflexões e ações sobre a religiosidade e a espiritualidade no PPC, em que momentos teóricos e práticos isso acontece?

Muito embora o objetivo tenha por escopo identificar as oportunidades, a segunda parte do problema de pesquisa era: se não acontece, na visão dos alunos, como eles evidenciam a ausência de discussões, reflexões e ações relacionadas à religiosidade e à espiritualidade na sua formação, na direção da integralidade do cuidado? Diante disso, foram realizadas as identificações das “não” oportunidades. Inicialmente, quanto ao “não dito em sala de aula”, evidenciou que dentre as de 32 (trinta e duas) disciplinas teóricas existentes, 75% delas não discutem, refletem e/ou realizam ações relacionadas à religiosidade e à espiritualidade. Vislumbrou-se, ainda, que as disciplinas teóricas dos períodos iniciais pouco abordam tais questões. Em relação ao “não feito na prática do cuidar”, 38,5% dos alunos identificaram que em nenhum momento foram percebidos os aspectos religiosos ou espirituais nos momentos práticos do ensino. Ressalta-se, porém, que 33,3% das disciplinas práticas não abordam tais aspectos.

Após a identificação e a análise do dito e não dito e do feito e não feito seguiu-se para a realização de uma identificação e análise paralela, ou seja, o dito e o feito, e o não dito e o não feito. Verificou-se, inicialmente, que de 15 (quinze) disciplinas que contêm momentos teóricos e práticos, ou seja, que poderia ser realizada tal relação, 7 (sete) ou 46,6% não apresentaram convergência, isto é, consignam um fato na teoria e realizam outro distinto na prática. Em que pese a relação com o não dito e o não feito, notou-se que 4 (quatro) ou 26,6% das disciplinas não abordam, refletem ou discutem na teoria e na prática.

Na análise do conteúdo, restou demonstrado uma unidade de significação – dicotomia entre a teoria e prática. Assim, na análise do dito pelo não feito e o feito pelo não dito, notou-se que 4 (quatro) ou 26,6% das disciplinas são dicotômicas entre a teoria e a prática, e mais, das 4 (quatro) disciplinas, evidenciou-se que 3 (três) são dicotômicas partindo do fazer na prática, ou seja, o feito pelo não dito. Assim, percebeu-se que o feito se sobrepôs ao dito.

Após tal análise e no que diz respeito ao segundo objetivo, observa-se que foram descritos no entendimento dos alunos as oportunidades de discussões, as reflexões e as ações acerca da religiosidade e da espiritualidade no ensino teórico, prático e nos cenários do cuidado, durante o curso de graduação em enfermagem, além de descrever as não oportunidades e os momentos dicotômicos.

Verificou-se ainda, que o tema não é abordado com clareza, mas os alunos percebem e captam que existe algo na teoria e na prática. Além disso, na prática a religiosidade e a espiritualidade se afluam, ora a partir do cliente ora a partir do aluno, que percebe a necessidade na vivência.

Considerando toda a identificação e a análise realizada nesta tese, ratifica-se que ao oportunizar um momento para que os alunos discutam, reflitam e adotem ações acerca da religiosidade e da espiritualidade no ensino de enfermagem, estar-se-á pautando a formação de um enfermeiro cuja prática de cuidar se alicerça na integralidade do cuidado.

O terceiro objetivo foi apontar e discutir impasses, possibilidades e sugestões dos acadêmicos de enfermagem para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre a religiosidade e a espiritualidade durante o ensino teórico, prático e nos cenários do cuidado, com vistas à integralidade do cuidado e à gestão participativa. Na categoria “O(s) nó(s) para aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre a religiosidade e a espiritualidade no curso de graduação em enfermagem: construindo laços com vistas à integralidade do cuidado e à gestão participativa”, tal objetivo foi logrado com êxito.

Quanto aos impasses 82,7% dos discentes destacaram os “nós” – impasses – e descreveram as sugestões para “desatar” os “nós” de modo a gerenciar, aprofundar as discussões, as reflexões e as ações sobre religiosidade e espiritualidade no curso de graduação em enfermagem, tanto nos momentos teóricos quanto nos práticos.

Os impasses evidenciados foram: pluralidade religiosa, preconceito e aceitação em discutir, refletir e realizar ações, por existirem diversas religiões e interferência da crença nos procedimentos e/ou tratamentos. As sugestões dos alunos versaram sobre a inserção de uma disciplina teórica e/ou teórico-prática – opcional ou obrigatória – e estudos filosóficos com uma abordagem ampliada no cuidado de enfermagem, focando o respeito e o direito, bem como traçando possíveis alianças entre a religiosidade e/ou espiritualidade e cuidado humanizado e integral de enfermagem. Sugeriram, ainda, a capacitação profissional dos enfermeiros através da educação permanente e realizando educação em saúde com os clientes, mas uma educação em saúde, de fato, ou seja, dialógica e não uma educação para saúde que “impõe” o que é “melhor” para o cliente do ponto de vista profissional e não das reais necessidades e desejos dos clientes.

Quanto às possibilidades identificadas – “os laços” – é imperioso destacar que, 65,4% dos discentes não conseguiram visualizar possibilidades. As possibilidades – “laços” – evidenciadas de forma que haja mudanças no gerenciamento acadêmico para contemplar a religiosidade e a espiritualidade nos cursos de graduação em enfermagem em prol da integralidade do cuidado, foram: instituição flexível e aberta para mudanças, docentes qualificados e cuidado de enfermagem. As sugestões dos alunos para fortalecerem os “laços” perpassaram por mudança ou adaptação curricular através de pesquisas, relatórios e discussões junto ao gestor acadêmico, de modo que o mesmo valorize a religiosidade e a espiritualidade, bem como amplie as oportunidades de discussão, reflexão e ação em prol da integralidade do cuidado.

Também foi sugerido pelos acadêmicos de enfermagem, uma capacitação pedagógica para os docentes, apesar de denominá-los qualificados, não os consideraram capacitados para a realização de discussões, reflexões e práticas concernentes à religiosidade e à espiritualidade no ensino de enfermagem. Por fim, sugeriram a realização de um resgate histórico do cuidado de enfermagem, ensinando e discutindo com os alunos principalmente na prática de cuidar, sobre o cuidado humanizado e sobre o cuidado integral, a fim de utilizar a religiosidade e a espiritualidade como uma ferramenta aliada no cuidado de enfermagem, de forma a facilitar e contribuir para o cuidado, seja através da facilitação da aproximação com os clientes ou da facilitação do diálogo entre o enfermeiro

e o cliente. Além do mais, contribuir para um cuidado que proporcione, verdadeiramente, o bem-estar e atenda as necessidades e os desejos dos clientes.

Na identificação dos “nós” e “laços”, os alunos tiveram mais facilidade de identificar os impasses do que as possibilidades, pois 82,7% dos alunos identificaram impasses, enquanto 65,4% dos alunos identificaram as possibilidades.

Destaca-se, de igual modo, a realização de uma relação entre os resultados com o “Cisne Negro” de Taleb, visto que, na primeira e na segunda categoria os resultados representaram um acontecimento altamente improvável, e, além disso, reuniram as três características principais: ser imprevisível; produzir um enorme impacto; ser arquitetada uma explicação que o faz parecer menos aleatório e mais previsível, do que aquilo que é na realidade. Porém, na terceira categoria, o resultado não foi imprevisível, na medida em que os “nós” foram maiores que os “laços”, dados estes, presentes em outras pesquisas.

O assunto religiosidade e espiritualidade na formação dos enfermeiros, para muitos, é cercado de polêmica. Porém, o fato é que com a identificação das oportunidades de discussões, reflexões e ações no ensino oferecido na graduação de enfermagem, mesmo os alunos não participando do PPC, ficou claro que, quando tal oportunidade existe, o exercício da integralidade na prática de cuidar, ganha notoriedade. Isso se deve ao fato de que os acadêmicos de enfermagem lidam e têm atitudes baseadas no respeito aos direitos dos clientes, valorizando, sobretudo, as necessidades sob um prisma ampliado, enfim, cuidam de forma integral.

Nesse diapasão, ratifica-se a tese de que o aprofundamento em discussões, reflexões e ações sobre a temática da religiosidade e da espiritualidade na formação dos enfermeiros, tanto em momentos teóricos, quanto na prática do cuidado e na gestão acadêmica, contribui, sobretudo, para o exercício da integralidade como fator essencial para a prática de cuidar.

Assim sendo, conclui-se que, os acadêmicos de enfermagem do UNIPLI não participam da gestão acadêmica, porém, desejam e propõem formas de participação. A religiosidade e a espiritualidade estão mais presentes nos momentos práticos de ensino, do que nos teóricos. Existem mais impasses – “nós” – do que possibilidades – “laços” – para gerenciar o aprofundamento das discussões, reflexões e ações sobre religiosidade e espiritualidade no curso de graduação em enfermagem. Entretanto, é importante aclarar que as considerações esquadrinhadas nesta tese, levam a crer que, com a implementação das sugestões emanadas pelos alunos, os nós tendem a ser desatados e os laços fortalecidos, o

que terá o condão de instrumentalizar um sólido caminho para o gerenciamento acadêmico participativo, e, em especial, para o prestígio da integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.; MONTEIRO, R.L. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO, 2004.

ACIOLI, S. Os sentidos das praticas voltadas para saúde e doença: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO, 2001

ALVES, R. **O que é religião?** 4ª ed. São Paulo: Loyola, 2002.

_____. **Espiritualidade**. 3ª ed. São Paulo: Papirus, 2004.

AMARO, A.; PÓVOA, A.; MACEDO, L. **A arte de fazer questionário**. Lisboa: Faculdade de ciências da Universidade do Porto, 2005/2005. Disponível em: <www.jcpaiva.net/getfile.php?cwd=ensino/cadeiras/metodol/>. Acesso em: 16 set 2007.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (edição revista e actualizada) Lisboa (Por):Edições 70; 2009.

BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004.

BENKO, M. A.; SILVA, M. J. P. da. Thinking about spirituality within nursing undergraduate program. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, 1996 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez 2006.

BEZERRA, R.M. **Medicina e fé: assim caminha a medicina**. Fortaleza. 2006. Disponível em: <<http://www.orion.med.br/misc60.htm>>. Acesso em: 18 de nov de 2007.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto, 1994.

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

_____. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Institui o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial, 1990; 19 set.

_____. **Lei 9394, de 20 de dezembro de 1990**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDB). Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/19394.htm> Acesso em 24 ago 2008.

_____. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Estabelece a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.. Disponível em : <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf> > Acesso em 20 set 2007.

_____. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº 314/94.** Dispõe sobre o novo currículo mínimo do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, p. 1791, 28 nov. 1994. Seção I.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: pluralidade cultural, orientação sexual / Secretaria de Educação Fundamental.** – Brasília: MEC/SEF, 1997.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES nº 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.** Brasília: MEC/CNE, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>> Acesso em 28 jul 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Rio grande do Sul: 2006a. Disponível em <<http://www.bioética.ufrgs/res196/96.htm>> . Acesso em: 14 de out. 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa.** Brasília, DF: 2006b. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/sisnep/pesquisador>> . Acesso em: 15 de out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

CABRAL, I.E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança- bebê.** Rio de Janeiro: Editora da Esc. de Enf. Anna Nery, 1999.

CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (trabalhadores de saúde).** Tese (Doutorado em Enfermagem)- USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2004.

CAMPOS, F. E. de *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro. v .24, n. 3, 2000. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/oficinasussbfa/doc/caminhos_aproximar.pdf> Acesso em: 20 fev2006.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e cultura emergente.** 22ª ed. São Paulo: Cultrix, 1997

CASSIER, P.A.R. **Religiosidade**: conceito para as ciências do social. 1994. Disponível em: www.ifcs.ufrj.br/jornadas/papers/09st0104.rtf Acesso em: 22 dez 2006.

CASTRO, E.; SÁ, A. Enfermagem em medicina pastoral: um novo campo para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol. 20, n. 4: 289-94, 1967.

CASTRO, E.M.N.V. de. Gestão acadêmica – complexidade e integração. **Revista da ABENO**. Brasília. vol. 2, n. 1, p. 63-69, 2002.

CARVALHO, V. de (Org.). **Sobre enfermagem: ensino e perfil profissional**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

CARVALHO, V. de; SAUTHIER, J. **Annaes de Enfermagem**: informatização das publicações de 1932 a 1954. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2002.

CECÍLIO, L.C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e quidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L.C. de O; MEHRY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org). **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO, 2003.

CERVO, A.L., BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Person Prentice Hall, 2002.

CHAUÍ, M.S. **Cultura e Democracia**: O discurso competente e outras falas. 9ª.ed.São Paulo: Cortez, 2001.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen 311/2007** Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Disponível em < http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1188236444_91_0.pdf> Acesso em 20 nov 2007.

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar ... a primeira arte da vida**. Lisboa (Port): Lusociência, 2003.

COLLINS, F, S. **A linguagem de Deus**: um cientista apresenta evidências que ELE existe. Tradução de Giorgio Cappeli. São Paulo: editora Gente, 2007.

COLOMBO, S.S. **Escolas de Sucesso**: Gestão Estratégica para Instituições de Ensino, São Paulo: STS, 2001

_____. **Gestão Educacional**: uma nova visão. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CORTÊS, C.; PEREIRA, C.; TARANTINO, M. A medicina da alma. **Revista Isto é**. São Paulo, Ed.Três, ed.1859, p 76, 1º jun. 2005.

CORTEZ, E.A. **O saber técnico científico e o saber religioso no cuidado com o corpo: confronto de racionalidades?** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem)- UFF. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, 2000.

_____. **A religiosidade na estratégia saúde da família:** impasses e possibilidades na perspectiva do(a) enfermeiro(a). Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- UNIRIO. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro, 2005.

_____. **O técnico científico e o religioso no cuidado com o corpo:** Confronto de saberes racionais? Representações sociais de enfermeiras que atuam em educação em saúde. Trabalho de conclusão de curso (Residência em Enfermagem-área de concentração: Saúde Pública)- UNIRIO. Escola de enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **A formação interdisciplinar em saúde coletiva nos cursos de enfermagem em prol do cuidado integral:** uma proposta de ativação de mudança. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde)- ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

CORTEZ, E.A *et al.* As práticas populares no cuidado com o corpo: saberes e utilizações da fitoterapia popular. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental** - UNIRIO, Ano 6, n.3 p.11-22, 1º semestre, 2002.

CORTEZ, E. A.; CARVALHO. H. de. **O saber científico e a religiosidade no cuidado:** comparações entre enfermeiros e médicos que atuam no modelo de saúde tradicional e os que trabalham no PSF. < [www.saude da família-rj.com.br](http://www.saude.dafamilia-rj.com.br) >; 2003.

CORTEZ, E.A.; TOCANTINS, F.R. Em busca de uma visão antropológica no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** Brasília, vol. 59, n. 6, p. 800-4, 2006.

CORTEZ, E.A; SHIRATORI, K; TEIXEIRA, E.R. O técnico científico e o religioso no cuidado com o corpo: Confronto de saberes racionais? . **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental on line**- UNIRIO, vol.1, n.2 p.170-78, 2009.

CORTEZ, E.A. *et al.* . Iatrogenia no cuidado da enfermagem: implicações éticas e penais **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental On line.** Vol 1, n.1, p: 74-84, 2009. < Disponível em < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/292/279>>; Acesso em 20 out 2009.

CORTEZ, E.A. *et al.* . Aspectos éticos e implicações jurídicas do enfermeiro frente ao preparo e administração de soros e antibióticos. **Rev Enferm UFPE On Line**;vol 3, n. 3, p:284-292, 2009. Disponível em: < <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/185>> Acesso em 20 out 2009.

CRUZ, I.C.F. As religiões afro-brasileiras: subsídios para o estudo da angústia espiritual. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 28, n.2, p. 125-36, 1994.

DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (Org) **O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade.** São Paulo: HUCITEC, 2005.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Rev Formação.** vol.1, n. 2, p. 5-15, 2001.

DIAS, E.P. Conceitos de gestão e administração: uma revisão crítica. **Revista eletrônica de administração (REA).** FACEF. vol.1, ed.1, p.1-12 , 2002.

FÉ PODE FORTALECER O CORPO E O ESPÍRITO. Atividades religiosas influem na saúde dos que vivem com HIV/aids. **Rev.Saber Viver.** Ano 6, n.37, p.8-9, 2006.

FERNANDES, F. **Dicionário Brasileiro Globo.** 52ª ed., São Paulo: Globo, 1999.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário eletrônico.** CD-ROM, 2004.

FIGUEIREDO, P.H. de. O médico quântico: a cura pela energia vital. **Rev Nova Consciência.** São Paulo. Ano 1, n. 2, 2007.

FLECK, M.P.A *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, vol.37, n.4. 2003. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 20 mar 2005.

ForGRAD – Fórum de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras - **PNG – Plano Nacional de Graduação: um projeto em construção.** ForGRAD, 1999. Disponível em: <http://www.forgrad.ufam.edu.br/?dest=livro_2> Acesso em 23 ago 2009.

_____. **O currículo como expressão do projeto pedagógico : um processo flexível.** ForGRAD, 2000. Disponível em: <www.forgrad.ufam.edu.br/arquivo/cur_expr_proj_ped.doc> Acesso em 23 ago 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo:Paz e Terra, 1996.

GAARDER, J. **O livro das religiões.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

GALLEGUILLOS, TGB.; OLIVEIRA, MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enf USP.** São Paulo, vol.35, n. 1,p. 80-7, 2001.

GANDIN, D. **A Prática do Planejamento Participativo.** 8ª ed. Petrópolis : Vozes, 2000a.

_____. **Escola e Transformação Social.** 6ª ed. Petrópolis : Vozes, 2000b.

GANDIN, D. A posição do planejamento participativo entre as ferramentas de intervenção na realidade. **Currículo sem Fronteiras**, vol.1, n.1, p. 81-95, Jan/Jun, 2001. Disponível em <<http://www.curriculosemfronteiras.org/volliss1articles/gandin.htm>> Acesso em: 05 dez 2007

_____. **O planejamento como ferramenta de transformação da prática educativa.** Disponível em: <[www.maxima.art.br/adm/arq_palestras/planejamento_como_ferramenta_\(completo\).doc](http://www.maxima.art.br/adm/arq_palestras/planejamento_como_ferramenta_(completo).doc)> Acesso em 08 nov 2008

GANDIN, D ; GANDIN, L. A. **Temas para um Projeto Político-Pedagógico.** 3ª ed.; Petrópolis: Vozes, 2000.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GEORGE, J.B *et al.* **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000

GIL, D.R.. **Cirurgia sem sangue: o exemplo do paciente Testemunha de Jeová-** Estudo de 11 casos. Dissertação (Mestrado em Ortopedia, Traumatologia e reabilitação) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP, São Paulo, 2005..

GIL, T.G.; GIMENO, L.M.; GONZALEZ, R.L. Antropologia de los cuidados em el âmbito académico de la enfermería em espana. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, vol.15, n.1, p.155-61, 2006.

GRÜN, A. DUFNER, M. **A saúde como tarefa espiritual.** Tradução de Gabriela Freudenreich. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** , Brasília, vol. 61, n. 3, Jun , p. 377- 384, 2008.

HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais de nosso tempo. **Educação & Realidade**, vol. 2, n. 22, p. 15-46, jul./dez. 1997.

HENRIQUES *et al.* **História da enfermagem: “caridade organizada”.** V curso de licenciatura. Portugal: Escola superior de enfermagem da Guarda, 2001. Disponível em <<http://www.scribd.com/doc/2373591/Caridade-Organizada>> Acesso em 27 agos 09.

HORTA, W.A. A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem. **Rev Bras Enferm**; vol. 24, n.5, p. 46-53, 1971.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa 1.0.** Verbetes: incorporar, religião e religiosidade. Em: 27/05/2004.

IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. *In*: CANESQUI, Ana Maria (org). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.49-74.

ITO, E. E. *et al.* O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**. vol. 40, n. 4, p. 570-5, 2006.

KOENIG, H. G. **Espiritualidade no cuidado com paciente**: por quê, como, quando e o quê. São Paulo: FE Editora Jornalística L.T.D.A., 2005.

KREUTZ, I.; GAIVA, M.A.M.; AZEVEDO, R.C de S. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, vol.15, n.1, p.89-97, 2006.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

LACERDA, D. Seja o Líder que as Empresas Precisam. **Revista Você S/A** - Edição 82 - Abril de 2005.

LAGO, S.V.de L. **A espiritualidade do paciente portador de câncer**: uma abordagem sobre a assistência do enfermeiro. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- UFRJ. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1991.

LEIRIA, C. S.. Transfusões de sangue contra a vontade de paciente da religião Testemunhas de Jeová: uma gravíssima violação dos direitos humanos. **Rev Jus Vigilantibus**. 2009. Disponível em: < <http://jusvi.com/artigos/39291> > Acesso em 12 set 09.

LIBÂNEO, J. C. **O sistema de organização e de gestão da escola**: teoria e prática. Goiânia: Alternativa, 2001.

LOPES NETO, D *et al* . Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. bras. Enferm** - REBEn, Brasília, vol. 60, n. 6, p. 637-34, dez. 2007 .

LOPES NETO, D. *et al.* Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Rev Bras de Enfermagem**- REBEn., Brasília, vol 61, n.1, p.46-53, 2008.

LÜCK, H. Avaliação Educacional: novos passos e perspectivas. **Gestão em Rede**. (Brasília), Curitiba, vol. 69, p. 12-19, 2006a.

_____. As exigências do novo milênio ao ensino brasileiro. **Gestão em Rede** (Brasília), vol. 74, p. 13-18, 2006b.

LUNARDI, V.L. **Historia da enfermagem**: rupturas e continuidades. Pelotas: UFPel, 1998.

LUKOFF, D; LU, F.; TURNER, R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. **J. Nerv Men Dis.** vol.11, n.180, p. 673-82, nov 1992.

MACÊDO, M. C. S; ROMANO, R. A. T.; HENRIQUES, R.L.M. Transformações na graduação de Enfermagem da UERJ. In: PINHEIRO, R.;CECCIM, R. B.; MATTOS, R.A (Org).**Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO, 2005.

McCORMICK, E. A medicina da alma. **Revista Isto é.** São Paulo, Ed.Três, ed.1859, p 76, 1º jun. 2005.

MADURO, O. **Religião e luta de classes.** 2ª.ed., Rio de Janeiro: Vozes, 1983.

MARQUESIN, D.F.B; PENTEADO, A.F.; BAPTISTA, D.C. O coordenador de curso da instituição de ensino superior: atribuições e expectativas. **Revista de educação.** vol 9, n.12, p. 7-21, 2008. Disponível em; <<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/reduc/article/viewPDFInterstitial/270/269>> Acesso em 13 jan 2009.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação e educação continuada no processo de trabalho em saúde.** Disponível em: <www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf> Acesso em 28 set 2009.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO, 2001.

_____. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org).**Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO, 2004.

_____. Humanização e integralidade: qual a diferença? **RET-SUS**, n.6, 2005

MAURINO JUNIOR, R. **A religião do cérebro:** as novas descobertas da neurociência a respeito da fé humana. São Paulo: Editora Gente, 2005.

MAY, T. **Pesquisa social:** questões, métodos e processos. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, M.M.R. **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994** – mudança de paradigma curricular? Tese (Doutorado em Enfermagem)- USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 1996.

MENESES, P. **A fé e a ilustração em luta no mundo da cultura.** In Filosofia política, Série III, n.3, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

MEYER, D.E. Espaços e sombra de luz: reflexões em torno da dimensão educativa da enfermagem. In: MEYER, DE.; WALDOW, V.; LOPES, MJM. (org.) **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998. Cap.2, p.27-42.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOGGI, V. BURKHARD, D. **Como Integrar Liderança e Espiritualidade: a visão espiritual das pessoas e das organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MONDIN, B. **O homem, quem é ele? Elementos de antropologia filosófica**. 12ª.ed., São Paulo: Paulus, 2005.

_____. **Introdução à filosofia: problemas, sistemas, autores, obras**. 12ª.ed., São Paulo: Paulus, 2001.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 12ª ed. Record, 2001.

MOURA, A. *et al* . SENADEn: expressão política da Educação em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, vol. 59, n.spe, 2006.

NICOLESCU, B. **O manifesto da transdisciplinaridade**. Tradução de Lucia Pereira de Souza. 3ª. ed. São Paulo: TRIOM, 2005.

OLIVEIRA, J. L. M. de. **Qual o sentido da vocação e da missão?** São Paulo: Paulus, 2006.

PADILHA, M.I.C.S. **A mística do silêncio: a prática da enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. (Doutorado em Enfermagem)- UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1997.

PADILHA. M.I.C.S., NAZÁRIO, N.O., STIPP, M.A.C. O legado e o (re)negado: a enfermagem e as ordens/associações religiosas. **Texto Contexto Enferm**; v.7, n.1, p. 71-9, 1998

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R.A. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde** 2. ed. - Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª. ed., Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO, I.S. **História da experiência de mudança curricular na graduação da escola de enfermagem Anna Nery: 1976 a 1982**. Tese de doutorado. (Doutorado em Enfermagem)-UERJ. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1997.

PUPLIM, S.L.; SAWADA, O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez 2006.

RADIN, D. **Mentes interligadas: evidências científicas da telepatia, da clarividência e de outros fenômenos psíquicos**. Tradução de William Lagos. São Paulo: Aleph, 2008.

RAMOS, F.R.S. Desafios da formação para o SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2004. Gramado. **Anais...ABEn- Seção Rio Grande do Sul**, 2004.

RIBEIRO, M. C. C.M.; MONEZI, M.R.C. A formação do gestor educacional como agente de mudanças. **Revista Mackenzie**. São Paulo: Editora Mackenzie, v.02, n.02, p.33 - 45, 2002. Disponível em: < <http://www.maryrosaneceroni.kit.net/artigo2.htm>> Acesso em 09 jun 2009

RIBEIRO, A. A. A ; BORENSTEIN, M. S. . Escola de Enfermagem Wenceslau Braz: trajetória e construção da identidade profissional da enfermagem itajubense. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis (SC), v. 12, n. 04, p. 470-478, 2003.

SABÓIA, V.M. **Educação em Saúde: a arte de talhar pedras**. Niterói: Intertexto, 2003.

SALGADO, A.P.A.; ROCHA, R.M.; CONTI, C.C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **Rev Enferm UERJ**, vol.15, n.2, p. 223-228, 2007.

- SANTOS, B. de S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro, Graal, 1989.
- SCHÖN, D. **Formar professores como profissionais reflexivos**. In: A. Novoa (Ed). Os professores e a sua formação. Lisboa. Dom Quixote, 1992.
- SEFIDVASH, F. **Conceito Racional da Espiritualidade**. Núcleo Interdisciplinar de Estudos Transdisciplinares sobre Espiritualidade – NIETE. Pró-Reitoria de Extensão – UFRGS. 1997
- SENADEn. Seminário Nacional de Educação em enfermagem no Brasil SENADEn . 3. Rio de Janeiro,1998. **Relatório**. Rio de Janeiro, ABEn/UERJ, 1998.
- _____. Seminário Nacional de Educação em enfermagem no Brasil SENADEn . 6. Rio de Janeiro,2002. **Relatório**. Rio de Janeiro, ABEn/UERJ, 2003.
- _____. Seminário Nacional de Educação em enfermagem no Brasil SENADEn . 7. Rio de Janeiro,2003. **Relatório**. Rio de Janeiro, ABEn/UERJ, 2003.
- _____. Seminário Nacional de Educação em enfermagem no Brasil SENADEn . 8. Rio de Janeiro,2004. **Relatório**. Rio de Janeiro, ABEn/UERJ, 2004.
- SILVA, M.R.M da *et al* . **Rev. de pesq.: cuidado é fundamental on line**. Reflexões sobre a responsabilidade do profissional de enfermagem no processo de aplicação do bacilo de calmette e guérin: revisão de literatura Vol 1, n.2, p: 178-90, 2009. < Disponível em < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/292/279>;> Acesso em 20 out 2009.
- SILVA, J. P. L. da; TAVARES, C. M. M. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Rev. Saúde em Debate**, vol. 27, n. 65, p.290-301, set/dez, 2003.
- SIQUEIRA, K.M. *et al* Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, vol.15, n.1, p.68-73, 2006.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddart. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 8ª ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- STOTZ, E.N. **Necessidade de saúde**: mediações de um conceito. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.
- TALEB, N.N. **Lógica do cisne negro**. Lisboa (Por): D. Quixote, 2008
- TEIXEIRA, A. B. **Dogmática Evangélica**. 3ª.ed., São Paulo: Pendão Real, 1986.
- TEIXEIRA, E. **Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre Ribeirinhos**.Tese (Doutorado)- UFPA. Núcleo de Altos Estudos Amazônicos. PDTU. Belém, 2001.

TEIXEIRA, E. R. **O mel que passa:** Representações sociais sobre saúde, doença e o autocuidado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- UFRJ. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1994.

_____. **O desejo e a necessidade do cuidado com o corpo:** uma perspectiva na prática de enfermagem. Tese de doutorado. (Doutorado em Enfermagem)-UFRJ. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1998.

TOCANTINS, F. R. **As necessidades na relação cliente – enfermeiro em uma unidade básica de saúde.** Uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz. Tese (Doutorado em Enfermagem)- UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1993.

VALLA, V. V. (Org.). **Religião e cultura popular.** Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

VALLA, V. V.; CERQUEIRA, R. F. **Religiosidade popular e saúde mental:** compreendendo trajetórias terapêuticas das classes populares. Disponível em <<http://www.fsp.usp.br/cepedoc/trabalhos/Trabalho%20331.htm>> Acesso em 20/ 04/ 2003.

VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2006.

VASCONCELOS, C dos S. **Coordenação do trabalho pedagógico:** do projeto político-pedagógico ao cotidiano da sala de aula. São Paulo: Libertad, 2004.

WALDOW, V. R. A ação prescritiva do cuidado sob a ótica da análise do discurso. **Nursing**, ed. Brasileira, vol.12, p.24- 31, 1999.

WORTTHINGTON JR, E.L. *et al.* Empirical research on psychotherapeutic process and outcomes: a 10-year review research prospectus. **Psychological Bulletin**, vol. 3; n.119; p.448-87, 1996.

UNIPLI. Centro Universitário Plínio Leite. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem.** Niterói: UNIPLI, 2007.

_____. **O UNIPLI.** Disponível em <http://www.unipli.com.br/siteunipli/unipli_000.htm> Acesso em 20/ 04/ 2008.

XAVIER, M. O conceito da religiosidade em C.G.Jung. **Psico.** vol.37, n.2, p.183-89, maio/ago, 2006.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA: GESTÃO EM SAÚDE E EXERCÍCIO
PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

APÊNDICE A: Carta de encaminhamento para o CEP - EEAN/HESFA.

Eu, Elaine Antunes Cortez, doutoranda em enfermagem do curso de Pós-graduação em enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ), juntamente com sua orientadora professora Dr^a Ilda Cecília Moreira da Silva, envio para apreciação do CEP EEAN/HESFA o projeto de tese intitulado como: **“Religiosidade/espiritualidade na gestão acadêmica: contribuição para a integralidade do cuidado”**.

Informamos que a data prevista para qualificação é 23/12/08.

Rio de Janeiro-RJ,

Assinaturas da doutoranda: _____

Assinatura da Orientadora: _____

Data de recebimento no CEP, _____ de, _____ de 2008.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA: GESTÃO EM SAÚDE E EXERCÍCIO
PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

APÊNDICE B: Folha de Rosto - SISNEP

MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP					FEB - 2007 22	
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS						
Projeto de Pesquisa A religião fortalece a integridade inserida na prática acadêmica: uma contribuição para a integralidade do cuidado na vida dos acadêmicos de						
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica	
Área(s) Temática(s) Especial(is)				Fase Não se aplica		
Unidades relacionadas: especialidade, perfil acadêmico, integridade, cuidado, enfermagem						
Sujeitos na Pesquisa						
Nº de Sujeitos no Centro 200	Total Brasil 200	Nº de Sujeitos Total 200	Grupos Especiais			
Placido NÃO	Medicamentos NV / AICIS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico SIM	Banco de Material Biológico NÃO		
Pesquisador Responsável						
Pesquisador Responsável Elaine Antunes Cortez		CPF 042.761.037-03		Identidade 101599136		
Área de Especialização Saúde Pública e Saúde da Família		Mestrado Mestre		Nacionalidade Brasileira		
Endereço Dr. Clamato 240 / 102		Bairro Alto da Boa Vista		Cidade Rio de Janeiro - RJ		
Código Postal 20531-005	Telefone 55118219 / 22361855	Fax		Email nanicortez@votmail.com		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Assinto as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: / / Assinatura: <i>Elaine Antunes Cortez</i>						
Instituição Onde Será Realizado						
Nome Centro Universitário Plínio Leite		CNPJ 30.084.263/0001-97		Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Centro		Participação Estrangeira NÃO		Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av. Visconde do Rio Branco		Bairro Centro		Cidade Niterói - RJ		
Código Postal 24020000	Telefone (21) 21991441	Fax		Email		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: <i>Maíra Faria de Castro Araújo</i> Data: <i>04 / 02 / 2008</i> Assinatura: <i>Maíra Faria de Castro Araújo</i>						
Vinculada						
Nome Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN / UFRJ		CNPJ 33.863.863/0002-05		Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão EEAN		Participação Estrangeira NÃO		Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rua Manoel Cavalcante 275		Bairro Cidade Nova		Cidade Rio de Janeiro - RJ		
Código Postal 20211110	Telefone 21 22933999 e 112	Fax 21 22933999		Email direcao@eean.ufrj.br		
Termo de Compromisso Nome: <i>Regina Lívia Colares Feliciano</i> Data: <i>03 / 03 / 2008</i> Assinatura: <i>Regina Lívia Colares Feliciano</i> Vice-Diretora da EEAN/UFRJ SIAPE 03633483						



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 DOUTORADO EM ENFERMAGEM
 NÚCLEO DE PESQUISA: GESTÃO EM SAÚDE E EXERCÍCIO
 PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

APÊNDICE C: Questionário

I. Caracterização dos sujeitos

Idade:

Sexo: () F () M

Religião:

Formação técnica em enfermagem: () Sim () Não

II. Gestão participativa

- Existe uma forma de participação de acadêmicos de enfermagem na construção/avaliação/re-construção do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de enfermagem?

() Sim. Como? _____

() Não

III. Religiosidade/Espiritualidade no curso de graduação em enfermagem

- De que maneira a religiosidade/ espiritualidade está/foi inserida nos conteúdos teóricos no curso de graduação em enfermagem?

Disciplina _____ Como? _____

Disciplina _____ Como? _____

Disciplina _____ Como? _____

Disciplina _____ Como? _____

Disciplina _____ Como? _____

- Descreva/ exemplifique de que maneira a religiosidade/ espiritualidade está/foi inserida na prática do cuidar no curso de graduação em enfermagem? (Estágio de que disciplina)

Ensino teórico-prático de _____

Exemplifique: _____

Ensino teórico-prático de _____

Exemplifique: _____

Ensino teórico-prático de _____

Exemplifique: _____

Ensino teórico-prático de _____

Exemplifique: _____

Ensino teórico-prático de _____

Exemplifique: _____

- Qual(is) dificuldade(s) da religiosidade/espiritualidade ser inserida/gerenciada no curso de graduação em enfermagem com vistas a integralidade do cuidado? Como resolver cada dificuldade descrita?

a- Dificuldade: _____

Resolução: _____

b- Dificuldade: _____

Resolução: _____

c- Dificuldade: _____

Resolução: _____

d- Dificuldade: _____

Resolução: _____

e- Dificuldade: _____

Resolução: _____

- Qual(is) facilidade(s) da religiosidade/espiritualidade ser inserida/gerenciada no curso de graduação em enfermagem) com vistas a integralidade do cuidado? Sugestione mudanças na gestão acadêmica que contemple a religiosidade /espiritualidade nos cursos de graduação em enfermagem com vistas a integralidade do cuidado.

a- Facilidade: _____

Sugestão: _____

b- Facilidade: _____

Sugestão: _____

c- Facilidade: _____

Sugestão: _____

d- Facilidade: _____

Sugestão: _____

e- Facilidade: _____

Sugestão: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA: GESTÃO EM SAÚDE E EXERCÍCIO
PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada: “Religiosidade/espiritualidade na gestão acadêmica: contribuição para a integralidade do cuidado”**, que tem como **objetivos**: identificar a participação dos acadêmicos de enfermagem participam da construção, avaliação, re-construção do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de enfermagem; Descrever a inserção da espiritualidade/religiosidade nos conteúdos teóricos e na prática de cuidar durante o curso de graduação em enfermagem; apontar o(s) impasses(s) e/ou possibilidades(s) referidas pelos acadêmicos de enfermagem para incorporar nos conteúdos teóricos e na sua prática junto ao cliente a religiosidade/espiritualidade com vistas a integralidade do cuidado, e propor um modelo de gestão acadêmica participativo que insira a religiosidade /espiritualidade nos cursos de graduação em enfermagem com vistas a integralidade no cuidado. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, com o tipo de estudo de pesquisa de campo.

A pesquisa terá duração de mais um ano, com o término previsto para o segundo semestre de 2009. Ressalta-se que a pesquisa será iniciada no segundo semestre de 2008 após aprovação imediata do comitê de ética.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário. O questionário será guardado por cinco (05) anos e incinerado após esse período.

Você não terá nenhum **custo ou qualquer compensação financeira**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionadas a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Doutoranda Elaine A. Cortez (nanicortez@hotmail.com)
Tel: (21) XXXXXX

Orientadora Dr^a Ilda C. M. da Silva (ilda.silva@foa.org.br)
Telefone: (24) XXXXXXXX

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Niterói, __ de _____ de 2008

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa; _____