

EDUCAÇÃO

V.8 • N.3 • 2020 - Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3828

ISSN Impresso: 2316-333X

DOI: 10.17564/2316-3828.2020v8n3p27-40



## PARADIGMA DO CUIDADO COMPLEXO EM SAUDE: PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO CAMPO DA ENFERMAGEM

PARADIGM OF COMPLEX CARE IN HEALTH: KNOWLEDGE PRODUCTION IN THE FIELD OF NURSING

PARADIGMA DEL CUIDADO COMPLEJO EN SALUD: PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO EN EL CAMPO DE LA ENFERMERÍA

Andréia Valéria de Souza Miranda<sup>1</sup>  
Marina Patrício de Almeida<sup>2</sup>  
Sonia Maria Martins de Melo<sup>3</sup>

### RESUMO

Este artigo tem por objetivo integrar reflexões sobre complexidade e formação em enfermagem. Por tratar-se de um artigo de revisão a metodologia utilizada para o estudo foi a pesquisa bibliográfica. Observamos por meio de diferentes discussões que o cuidado no campo da enfermagem foi se transformando até chegar ao cuidado profissional tal como é praticado hoje, tendo em vista os paradigmas que permearam sua trajetória histórica. Pensar e refletir sobre o paradigma do cuidado complexo em saúde significa estar sensível ao desenvolvimento de práticas de cuidado que considerem interconexões, intercorrências das interações envolvidas na assistência no processo de cuidar. A teoria base para essa reflexão tornou-se um ponto de partida, não de chegada.

### PALAVRAS-CHAVE

Paradigma. Cuidado Complexo em Saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

This article aims to integrate reflections on complexity and training in nursing. As a review article, the methodology used for the study was the bibliographical research. We observed through different discussions that care in the field of nursing was transformed until reaching the professional care as it is practiced today, considering the paradigms that permeated its historical trajectory. Thinking and reflecting on the paradigm of complex health care means being sensitive to the development of care practices that consider interconnections, interurrences of the interactions involved in care in the care process. The basic theory for this reflection became a point of departure, not of arrival.

## KEYWORDS

Paradigm. Complex Health Care. Nursing.

## RESUMEN

Este artículo tiene por objetivo integrar reflexiones sobre complejidad y formación en enfermería. Por tratarse de un artículo de revisión la metodología utilizada para el estudio fue la investigación bibliográfica. Observamos por medio de diferentes discusiones que el cuidado en el campo de la enfermería se fue transformando hasta llegar al cuidado profesional tal como es practicado hoy, teniendo en vista los paradigmas que permearon su trayectoria histórica. Pensar y reflexionar sobre el paradigma del cuidado complejo en salud significa estar sensible al desarrollo de prácticas de cuidado que consideren interconexiones, complicaciones de las interacciones involucradas en la asistencia en el proceso de cuidar. La teoría base para esa reflexión se convirtió en un punto de partida, no de llegada.

## PALABRAS CLAVE

Paradigma. Cuidado complejo en salud. Enfermería.

## 1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo integrar reflexões sobre complexidade e formação no campo da enfermagem. O cuidado em enfermagem foi se transformando até chegar ao cuidado profissional tal como é praticado hoje, tendo em vista os paradigmas que permearam sua trajetória histórica.

Assim, a transformação desse campo incluiu o que Morin (2000) chama de questão paradigmática por indicar o trânsito de um paradigma para outro. Para Morin os princípios de explicação clássica da redução simplificaram o que é múltiplo, quantificaram o que é qualificável, assim sendo reduziram o complexo: “O pensamento redutor atribui a ‘verdadeira’ realidade não às totalidades, mas aos elementos, não às qualidades, mas às medidas, não aos seres e aos entes, mas aos enunciados formalizáveis e matematizáveis” (MORIN, 2002, p. 27).

Por outro lado, o pensamento complexo a um só tempo distingue e associa, reduz para imediatamente complexificar enfatizando a inseparabilidade entre os antagonismos, contrários, que Morin (2002) denomina de “princípio dialógico”.

As pessoas, de acordo com o autor, conhecem, pensam e agem conforme os paradigmas culturalmente inscrito neles. O paradigma parece remeter à lógica mas, na realidade, esconde-se sob a lógica e seleciona as operações lógicas que se tornam, ao mesmo tempo, preponderantes, pertinentes e evidentes sob a sua influência (MORIN, 2002). Por meio dessa reflexão, o autor procura estabelecer sempre a articulação entre diferentes lógicas que são ao mesmo tempo complementares. Dessa forma, é preciso assumir as relações paradoxais, aquelas que mesmo tensionadas, uma parte não se sacrifica em detrimento da outra.

Morin (2002) ao fazer referência à questão da mudança paradigmática dos modos de pensar o conhecimento, nos instiga à compreensão da complexidade. É necessário nos livrarmos das amarras do determinismo e da disjunção para buscarmos o conhecimento multidimensional e complexo.

“Compreender o humano é compreender sua unidade na diversidade, sua diversidade na unidade. É preciso conceber a unidade do múltiplo, a multiplicidade do uno” (MORIN, 2001, p. 55). Assim, a educação do futuro não pode apagar a ideia de diversidade humana. A unidade não está apenas nos traços biológicos da espécie humana *homo sapiens*, nem apenas nos traços psicológicos, culturais e sociais do ser humano. A unidade humana traz em si os princípios de suas múltiplas diversidades.

## 2 METODOLOGIA DO ESTUDO

Por tratar-se de um artigo de revisão, a metodologia utilizada para o estudo foi a pesquisa bibliográfica. As bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), o banco de teses e dissertações da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) foram utilizados para a busca de estudos a partir dos termos Processo de formação de enfermeiro e enfermeiras, Paradigma da complexidade e

Educação para inteireza. A busca pelo material ocorreu entre os meses de maio e dezembro do ano de 2017 e ao todo foram selecionados treze (13) artigos articulados ao objetivo proposto.

### 3 SITUANDO A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A profissão de enfermagem foi institucionalizada na Inglaterra no século XIX, logo após a guerra da Criméia (1854 – 1856). Florence Nightingale (1820-1910), que nasceu em Florença (Itália), foi a primeira Enfermeira a qual temos o registro na história, considerada então a percussora do cuidado. Em 1845, Florence teve a oportunidade de cuidar de um familiar doente e em 1847, de passar alguns dias no Convento em Roma e amadureceu sua crença religiosa (OGUISSO, 2007).

Em 1851, Florence Nightingale conseguiu vencer a resistência familiar e foi para o Egito, onde teve por três meses aulas práticas e teóricas de assistência de enfermagem, mas somente na França completou seus estudos e observações com as filhas da caridade onde pôde visitar Hospitais, ver a prática da enfermagem e conhecer as comunidades religiosas (OGUISSO, 2007).

A partir daí Florence lutou em vários conflitos inclusive contra o ceticismo dos médicos militares, que a viam como uma intrusa e descobriu que a falta de higiene e as doenças matavam mais soldados, do que os ferimentos no campo de batalha. Nesse sentido, Florence desenvolveu um trabalho inovador de assistência aos enfermos e de organização na infraestrutura, o que reduziu a taxa de mortalidade que estava em torno de 40% para 2,2% em aproximadamente 2 meses (OGUISSO, 2007).

Naquela época o cuidado era instintivo, realizado por pessoas da comunidade, religiosas e o principal motivo de cuidar do outro era pela manutenção da vida. O trabalho principal das religiosas que cuidavam de doentes tinha motivações de ordem espiritual e era realizado de acordo com a orientação da Igreja (OGUISSO, 2007). O cuidado era então empírico e as primeiras tentativas de ensinar a cuidar dos doentes eram feitas por médicos, que necessitavam de auxiliares com as qualidades de devotamento, submissão e rigor na ordem e limpeza, como eram as religiosas, mas sem o caráter confessional da religião (OGUISSO, 2007).

Após retornar da guerra, Florence fundou sua escola de Enfermagem, tendo sua filosofia de vida como premissa para o currículo de sua escola. Ela acreditava que a saúde deveria estar presente na alma e no corpo e, de acordo com Oguisso (2007), a escola começou a funcionar em 1860.

Os objetivos da escola eram preparar enfermeiras, que estudassem teoricamente anatomia, fisiologia, farmacologia, num curso inicialmente com 1 ano de duração. Mas logo os estudos passaram a contar com 2 anos por incluir as práticas nas enfermarias dos hospitais. O treinamento e a atividade de cuidar dos feridos e doentes já existia antes de Florence, porém, sua forte personalidade, habilidade e prática conseguiram dar à Enfermagem os fundamentos para o desenvolvimento da profissão (OGUISSO, 2007).

No Brasil, a Enfermagem teve como pano de fundo o processo de institucionalização de seu ensino, as funções de preservação, manutenção e conservação da força de trabalho. As ações de saúde eram vinculadas aos rituais místicos, realizados por pajés e feiticeiros e as práticas domésticas, usando plantas e curandeirismo desenvolvidas pelas índias para o cuidado (GEOVANINI, 2010).

Data de 27 de setembro de 1890 a concretização da primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, regulamentada pelo Decreto 791 (BRASIL, 1890). Tal escola teve como marco o caos no Hospício Nacional de Alienados. Nesse espaço, o cuidado aos pacientes era realizado pelas irmãs de Caridade, porém os cuidados eram precários, com relatos até de maus tratos, o que acarretou a dispensa das irmãs ao serviço e ausência de profissionais qualificados.

Desse modo, Marechal Deodoro da Fonseca, então chefe de Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, constituído pelo Exército e Armada, em nome da nação, instituiu oficialmente o ensino de Enfermagem no Brasil.

Art. 1º Fica instituída no Hospício Nacional de Alienados uma escola destinada a preparar enfermeiros e enfermeiras para ou hospícios e hospitais civis e militares. Art. 2º O curso constará: 1º, de noções práticas de propedêutica clínica; 2º, de noções gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações balneoterápicas; 3º, de administração interna e escripturação do serviço sanitário e econômico das enfermarias. Art. 3º Os cursos theoreticos se efetuarão três vezes por semana, em seguida à visita as enfermarias, e serão dirigidos pelos internos e inspetoras, sob a fiscalização do médico e superintendência do diretor geral. Art. 4º Para ser admitido á matricula o pretendente deverá: 1º, ter 18 anos, pelo menos, de idade; 2º, saber ler e escrever corretamente e conhecer aritmética elemental; 3º, apresentar atestações de bons costumes. (BRASIL, 1890, p. 1).

A justificativa para a criação da Escola se baseava na necessidade de suprir a falta de mão de obra agravada com a saída das religiosas do hospício e resolver o problema das pessoas de sexo feminino, com dificuldade de profissionalização (GEOVANINI, 2010). Embora a escola tenha sido nomeada como Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, a ênfase no gênero feminino, acabou por muitas décadas, configurando na profissão Enfermagem, o estigma de uma profissão predominantemente feminina.

Atualmente, o cuidado de Enfermagem pode ser realizado por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem ou enfermeiros. A regulamentação do Exercício de Enfermagem está disposta na Lei n. 7.498 de 25 de Junho de 1986 (BRASIL, 1986), bem como no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017) Enfermeiro/a são profissionais que possuem graduação em Enfermagem, com diplomas conferidos por instituições de ensino autorizadas pelo Ministério da Educação (MEC), bem como inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de seu Estado de atuação.

Desde 1994, os cursos de Enfermagem formam bacharéis em Enfermagem (BRESCIANI *et al.*, 2016), o que lhes confere o título de Enfermeiro/a ou Bacharel em Enfermagem. O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

I - Enfermeiro, 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 biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com

senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem. (BRASIL, 2001, p. 1).

A lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, estabelece as Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e estabelece que a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

A Lei disciplina a educação escolar, que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino, em instituições próprias e explicita que a educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social (BRASIL, 1996). De forma geral, a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

As diretrizes curriculares sinalizam para que as dimensões humanas sejam compreendidas, embora, pela redação do referido texto se perceba a separação entre as ciências, o que demonstra bem a dicotomia entre o biológico e as demais dimensões humanas, retratando a importância de “Educar para a Inteiraza”<sup>4</sup>, como premissa da religação dos saberes na consolidação das diretrizes educacionais para o curso de graduação em Enfermagem.

Nesse sentido, se a base do ensino na graduação em enfermagem for direcionada apenas para aspectos técnicos, biológicos, por eixos temáticos fragmentados, tenderá a formar enfermeiros/as com maior ênfase nos aspectos biológicos, correndo o risco de não valorizar esse ser humano em sua inteireza.

Essa questão é central no enfrentamento das demandas atuais no campo do ensino em enfermagem, pois não contribuem para o entendimento do cuidado como construção de projetos de vida, de saúde e de enfrentamento de doenças (SENA, 2008).

É importante considerar que a graduação em Enfermagem é o pilar central para o desempenho de boas práticas assistenciais de cuidado. Não somente nas questões teóricas e práticas que o curso oferece, mas também pela vivência dos acadêmicos nos campos de prática com outros profissionais da saúde, com seus professores e colegas de curso e com as pessoas das quais se cuidou durante a caminhada de formação.

O cuidado realizado pelo enfermeiro/a está sempre envolvido em uma série de questões, que extrapolam os muros das escolas de enfermagem, inicialmente pela subjetividade que o cuidar gera em cada acadêmico e pelos resultados cognitivos e intelectuais resultantes desse processo formação. Outro aspecto importante é que cuidar envolve sempre o outro que recebe o cuidado, constituindo assim uma via de mão dupla onde há necessidade de criar vínculos para a efetividade do ato cuidadoso.

---

4 A Educação para Inteiraza tem a função de educar o homem por inteiro, educar para o convívio, para repensar as interações rumo a autoformação/autoconsciência, reflexão que só se exercita nas relações. “A autoformação exprime a ação de dar forma e sentido pessoal que articula diferentes fontes de formação: a existência, a experiência, a didática e os conhecimentos disponíveis no ambiente social” (GALVANI, 2002, p. 97).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES: PENSAR A COMPLEXIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

A teoria da complexidade oferece um horizonte teórico e metodológico numa perspectiva integradora e reconhece a complexidade dos processos de mudança, das relações entre diferentes níveis e dimensões de um mesmo fenômeno.

Nesse sentido, alguns conceitos merecem destaque neste artigo por subsidiar a reflexão como multidimensionalidade do humano. Para Morin (2000, p. 14), “o ser humano é simultaneamente biológico, psíquico, social, afetivo, racional”, e ser complexo implica precisamente a unidade dessas várias dimensões.

O ser humano é a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico. Esta unidade complexa da natureza humana é totalmente desintegrada na educação por meio das disciplinas, tendo-se tornado impossível aprender o que significa ser humano. É preciso restaurá-la, de modo que cada um, onde quer que se encontre, tome conhecimento e consciência, ao mesmo tempo, de sua identidade complexa e de sua identidade comum a todos os outros humanos. (MORIN, 2000, p. 14).

A perspectiva sistêmica aplicada à cognição impede, a redução do que é complexo a um conceito simples. A complexidade contempla incertezas e antagonismos ao juntar termos mutuamente interconectados, simultaneamente antagônicos, abrindo-se, assim, à incerteza e à imprevisibilidade (GONÇALVES, 2010).

Nesse sentido, torna-se necessário introduzir e desenvolver na educação o estudo das características cerebrais, mentais, culturais dos conhecimentos humanos, de seus processos e disposições tanto psíquicas quanto culturais que o conduzem ao erro ou à ilusão. Ao se tratar de formação na graduação, em especial na enfermagem, educar para a Inteira é abrir nosso pensamento à multidimensionalidade, produzindo um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto e em seu conjunto (MORIN, 2000).

Ao revisitar a história da formação do enfermeiro/a, percebemos que de certo modo estamos nos distanciando do que é essencial à manutenção de nossa condição de humanos, quando focamos no ensino da dimensão biológica, física em detrimento da unidade de complexidade humana. Morin (2000) refere que a condição humana deveria ser o objeto essencial de todo o ensino.

Não há uma fórmula que permita a modificação daqueles pontos nevrálgicos para a reformulação do ensino. O que propomos aqui é que ao considerar tudo o que já foi construído e vivido pela sociedade acerca da questão do cuidado do outro, torna-se essencial alavancar possíveis melhorias no sentido de suportar novas demandas de assistência em enfermagem e em educação. A cada instante de nossa existência terrena tudo muda e, muitas vezes insistimos em manter velhos hábitos ou práticas, por comodismo, por desconhecimento, por medo de suportar as pressões externas.

Dessa forma, é preciso enfrentar as incertezas. Na educação, seria importante ensinar estratégias que permitam enfrentar os imprevistos, o inesperado e a incerteza inerente a essa profissão. E assim, mais conectados com a essência de nossa existência, de nossa inteireza, percebemos que a

compreensão humana pode ser uma das chaves para o alcance de uma reforma nas mentalidades. A compreensão humana como mola propulsora para o entendimento entre pessoas que se diferenciam seja por suas preferências, etnia, opções sexuais ou manifestações de doenças.

É a partir da reforma de mentalidades que, por meio da educação, podemos contribuir na construção de um pensamento ético para a espécie humana e pensar a cidadania terrestre. Os sete saberes necessários à educação do futuro precisam ser retomados e debatidos “as cegueiras do conhecimento: o erro e a ilusão; os princípios do conhecimento pertinente; ensinar a condição humana; ensinar a identidade terrena; enfrentar as incertezas; ensinar a compreensão e a ética do gênero humano” (MORIN, 2000, p.14). Cada um desses saberes pode funcionar como alavancas para a elaboração de uma inteligência geral, aquela capaz de resolver problemas essenciais dos seres humanos

Para além do previsto nas grades curriculares, no ementário das disciplinas, faz sentido a necessidade de se estimular o acadêmico de enfermagem no desenvolvimento de outras aptidões para o melhor enfrentamento das questões cotidianas vividas a partir do cuidado do outro.

O desenvolvimento de aptidões gerais da mente permite melhor desenvolvimento das competências particulares ou especializadas. Quanto mais poderosa é a inteligência geral, maior é sua faculdade de tratar de problemas especiais (MORIN, 2000). Lembrando que cuidar da inteireza do ser humano requer muitas habilidades especiais, estas não se esgotam em atos rotineiros e mecânicos, mas envolvem a sensibilidade e a escuta.

Romper com a lógica da razão instrumental expressa no ementário das disciplinas e ampliar o olhar do professor para que este se sinta sensibilizado a promover nos acadêmicos a inteligência geral parece ser um grande desafio desse processo de formação. Na missão de promover a inteligência geral dos indivíduos, a educação do futuro deve ao mesmo tempo utilizar os conhecimentos existentes, superar as antinomias decorrentes do progresso nos conhecimentos especializados e identificar a falsa racionalidade (MORIN, 2000).

Assim, para cuidar do outro, além das competências cognitivas, torna-se importante, também, o desenvolvimento de habilidades para o cuidado do outro e da vida, compreendendo espaços onde tudo é construído e reconstruído a todo instante, num atravessamento de diferentes emoções.

Os conhecimentos construídos em sala de aula são insuficientes para uma vida dedicada ao cuidado do outro. As exigências da profissão extrapolam o prescrito nas grades do curso e emanam da necessidade de outras habilidades. Estamos propondo que ao educar para a inteireza se considere a unidade humana como a unidade que traz em si o múltiplo, a multiplicidade do uno (MORIN, 2000).

Na enfermagem, o processo de cuidar sempre esteve envolto por paradigmas que se expressam principalmente pela atuação de alguns profissionais que contribuíram para a consolidação da práxis profissional. Em função da transição paradigmática, já sinalizada anteriormente, cabe ao docente ensinar ao aluno a contextualizar.

Contextualizar é estratégia fundamental para encontrar sentidos para o cuidado humano. Contextualizar é buscar um cuidado complexo, sensível e humano. (SILVA 2007). O paradigma mesmo oculto e subterrâneo privilegia determinadas operações lógicas em detrimento de outras, como a disjunção em detrimento da conjunção; é o que atribui validade e universalidade à lógica que elegeu (MORIN,2000).

Vivemos o tempo todo influenciados por paradigmas dos quais precisamos nos desvencilhar para então pensar a complexidade como paradigma de cuidado complexo. Essa proposta envolve reflexões sobre conteúdos que foram trabalhados de forma disjuntas, simplificados, reduzidos e materializados durante décadas sob a égide do paradigma cartesiano (SILVA, 2007).

Isso porque um paradigma instaura relações primordiais que constituem axiomas, determina conceitos, comanda discursos e/ou teorias. Organiza a organização, causando a geração ou a regeneração. Ao mesmo tempo, um paradigma pode elucidar e cegar, revelar e ocultar (MORIN, 2000).

A divisão cartesiana tem muitos efeitos sobre o mundo e principalmente sobre o cuidado em saúde, pois para Descartes não há nada no conceito de corpo que pertença à mente e nada na ideia de mente que pertença ao corpo. Ainda, segundo o paradigma cartesiano, supunha-se que todo indivíduo tinha basicamente o mesmo aparelho biológico. Entretanto, o reducionismo também nos indicou caminhos necessários para o cuidado do corpo. Porém, o risco está em considerar apenas a parte como ponto de partida para uma explicação completa.

Mudanças nos conceitos de física mudaram também a visão de mundo e em 1982, Capra (1982) propôs novos rumos para a saúde direcionando-nos para um paradigma holístico, capaz de considerar também os modelos de serviço, de instituições de ensino e pesquisa em saúde. E, diante de todas as demandas emergentes no cenário da saúde e educação, nos questionamos se este seria o paradigma ideal. O termo “holístico”, do grego “holos”, “totalidade”, refere-se a uma compreensão da realidade em função de totalidades integradas cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores (CAPRA, 1982).

A abordagem no paradigma holístico convida a uma aproximação entre saber oficial e saber popular e os estudos transculturais terão enorme valia na construção de novas formas integrativas de saúde. Os modelos místicos e diversas culturas tradicionais precisam ser conhecidos, estudados e integrados ao modelo holístico de saúde que se quer.

Numa acepção um tanto limitada, em medicina holismo significa que o organismo humano é visto como um sistema vivo cujos componentes estão todos interligados e interdependentes. Numa acepção mais ampla, a concepção holística reconhece também que esse sistema é parte integrante de sistemas maiores, o que subentende que o organismo individual está em interação contínua com seu meio ambiente físico e social, sendo constantemente afetado por ele, mas podendo também agir sobre ele e modificá-lo. (CAPRA, 1982, p. 297).

Na prática, o paradigma holístico ainda nos parece distante da realidade, pois o foco ainda é centrado na doença, nas manifestações de sinais e sintomas, e na atualidade. O que percebemos é que muitos profissionais de saúde estão super especializados em áreas específicas do conhecimento e, sendo assim, não fazem qualquer tentativa para compreender todas as dimensões humanas.

Repensar o paradigma de cuidado é uma questão emergente, implica em repensar inclusive as práticas assistenciais, mas antes disso, necessitamos repensar os currículos universitários que visam a formação dos profissionais da enfermagem.

## 5 CONCLUSÕES

Paradigmas poderiam ser considerados como as estruturas que, embora muitas vezes ocultas dão a sustentação para pensamentos, conhecimentos e práticas. Por certo, as transformações sociais que ocorrem ao longo do tempo, se tornam vertentes fortes e marcas que acompanham o pesquisador. Portanto, as estruturas de pensamento, inscritas culturalmente nos seres humanos, comandam inconscientemente seu modo de conhecer, pensar e agir (MORIN, 1998).

O avanço da ciência instiga a interpretação da realidade, sempre marcada historicamente pelo momento em que se vive. E desse modo, o paradigma da complexidade mostra que precisamos estar em sintonia com o nosso tempo e não nos limitar somente no nosso campo de conhecimento, uma vez que unidade humana se constitui na multidimensionalidade; o pensamento complexo põe em evidência outros modos de usar a lógica (MORIN, 2002). Assim, o problema teórico da complexidade é o da possibilidade, da renovação, da consideração de todas as experiências que nossa consciência permitir lembrar.

As limitações causadas pela compartimentação do conhecimento, marcadas pelas revoluções científicas, como a teoria da relatividade de Albert Einstein, a teoria da mecânica quântica, e a termodinâmica, levaram Morin a apostar nas reformulações do conhecimento e a definir os princípios operadores da complexidade. Inspirado pelas teorias cibernética, teoria dos sistemas e teoria da informação, o pensamento complexo firmou-se como sua marca para a Ciência.

Uma teoria que permitiu ligar o conhecimento das partes com o conhecimento do todo e vice-versa, permitiu a incerteza, lidar com a surpresa, o inesperado, porque “permite entrar em um universo onde existem ao mesmo tempo a ordem (a redundância), a desordem (o bruto) e extrair o novo (a informação)” (MORIN, 2000, p.18.). A palavra complexidade tem origem latina, *Complexus*, significa o que se tece junto, respeitando a diversidade, articulando, mas sem homogeneizar, considerando a multidimensionalidade da unidade humana.

O paradigma da complexidade, aqui traduzido para paradigma do cuidado complexo em saúde, comporta o ir e vir, as certezas e incertezas, o separável e o inseparável, sem ser simplificador. Assim, será necessário não mais isolar, desunir e justapor, propomos um pensamento complexo que reata, articula, compreende e que, por sua vez, desenvolve sua própria autocrítica (MORIN, 2002).

Pensar e refletir sobre um paradigma complexo de cuidado em saúde significa estar sensível ao desenvolvimento de práticas de cuidado que considerem interconexões, intercorrências das interações envolvidas na assistência no processo de cuidar. A enfermagem enfrenta cotidianamente a ordem, a desordem, a singularidade, a pluralidade, a certeza e a incerteza.

Esse outro paradigma da ciência nos mostra o senso da complexidade, da multidimensionalidade da realidade, por perceber a incompletude da vida e nos remeter ao diálogo permanente com a descoberta pois, o pensamento nunca está completo e o conhecimento nunca está repleto. Essa incompletude permite buscar o novo, visitar o conhecido, reafirmar as escolhas.

Escolhemos aqui o paradigma da complexidade como iluminador de nossas ideias, por sabermos que ele não esgota e sim amplia as possibilidades de descoberta. A escolha demarcada é pautada nas

vivências, na busca pelo conhecimento, na curiosidade científica, na vontade de repensar a práxis e contribuir para o processo de formação acadêmica de novos profissionais da Enfermagem.

A busca na noção de complexidade pode ser a chave para uma compreensão nova da realidade. Todo conhecimento é uma reconstrução num ir e vir constante, feitas por uma mente em cultura e época determinadas.

O autor nos apresenta a teoria da complexidade como baliza para a realização dos objetivos aqui propostos, pois “um pensamento capaz de não se fechar no local e no particular, mas de conceber os conjuntos, estaria apto a favorecer o senso de responsabilidade e o da cidadania” (MORIN, 2001, p. 97).

Conceber uma integração, religação do ser humano, compreendendo sua unidade e sua multidimensionalidade requer um novo olhar. Um olhar para a práxis que está ocorrendo e que a cada dia clama por reformas. Estamos num momento histórico marcado por intolerância, desrespeito, lutas egocêntricas e muito disso se deve ao desconhecimento. Se temos a oportunidade de repensar o mundo em que vivemos é preciso propor uma nova conduta diante dos seres humanos, devemos fazê-lo. Sentimos uma obrigação pessoal e profissional de contribuir com a formação humana e com o complexo cuidado do outro.

Vale, ainda, ressaltar que não há uma teoria da complexidade na obra de Morin, mas há uma sinalização forte sobre a complexificação da concepção reducionista de teoria. A teoria para essa reflexão, tal e qual para o autor, tornou-se um ponto de partida, não de chegada.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890. *In*: **Decretos do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil**, 9º fasc., set. 1890. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun.1986

BRASIL. LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Lei número 9.394**, 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação (\*) Câmara de educação superior. **Resolução cne/ces nº 3**, de 7 de novembro de 2001. Brasília: me. 2001

BRESCIANI, H. R. (ORG.). *et al.* **Legislação comentada**: lei do exercício profissional e código de ética. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial, 2016. 137p. (Cadernos Enfermagens; v.3)

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

COFEN. **Resolução 0564/2017**. Aprova o novo Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 15 maio 2018.

GALVANI, P. A autoformação, uma perspectiva transpessoal, transdisciplinar e transcultural. /n: SOMMERMAN, A.; MELLO, M. F.; BARROS, V. M. (Org.). **Educação e transdisciplinaridade II**. São Paulo: Triom, 2002. p. 95-121.

GEOVANINI, T. MOREIRA, A; SCHOELLER, S. D; MACHADO, W. C. **A. História da Enfermagem: versões e interpretações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GONÇALVES, T. N. R. Promoção de habilidades cognitivas e educação: um modelo de análise de programas de desenvolvimento cognitivo. **Revista Brasileira de Educação**, UIED/FCT/Universidade Nova de Lisboa. v. 15 n. 45, set.-dez. 2010.

GONÇALVES, T. N. R. **Ciência com consciência**. Ed. Revista e aumentada pelo autor. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

GONÇALVES, T. N. R. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000.

GONÇALVES, T. N. R. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand, 2001.

GONÇALVES, T. N. R. **O método 5: A humanidade da humanidade**. Porto Alegre: Sulina, 2002.

OGUISSO, T. (Org.). **Trajatória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. Ampl. Barueri-SP: Manole, 2007.

SENA, R. R.; GONÇALVES, A. M.; DUARTE, E. D.; COELHO, S. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Rev. Interface**. Comunicação, Saúde e Educação, v. 24, p. 23-34, 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 23 maio 2017.

SILVA, A. L.; CAMILLO, S.O. A educação de enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Rev. Esc. Enferm.**, USP. v. 41, n. 3, p. 403-410, 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000300009&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 21 mar. 2018

---

**Recebido em:** 2 de Julho de 2018

**Avaliado em:** 29 de Agosto de 2019

**Aceito em:** 29 de Agosto de 2019

---



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

---

1 Mestre em Educação; Doutoranda em Educação pela Universidade do Estado de Santa Catarina – PPGE/UDESC; Membro do Grupo de Pesquisa EDUSEX Formação de educadores e educação sexual – CNPq/UDESC; Enfermeira; Professora da Graduação do Centro Universitario Unifacvest e da pós graduação do Centro Sul Brasileiro de Pesquisa, Graduação e Pós graduação – CENSUPEG. E-mail: andreiavaleriamiranda@hotmail.com

2 Doutora em Serviço Social; Pós-doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2012); Professora e pesquisadora nos Programas de Pós-graduação em Educação – PPGE e em Ambiente e Saúde – PPGAS da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, integrando as Linhas de pesquisa Educação, Processos-socioculturais e Sustentabilidade – PPGE e Meio Ambiente, Saúde e Qualidade de Vida – PPGAS; Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Educação, Saúde e Qualidade de Vida – GEPESVIDA. E-mail: profmarininh@gmail.com

3 Doutora em Educação; Professora da Graduação e do Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE/UDESC; Líder do Grupo de Pesquisa EDUSEX Formação de Educadores e Educação Sexual CNPq/UDESC. E-mail: soniademelo@gmail.co



Este artigo é licenciado na modalidade acesso abertosob a Atribuição-Compartilhaqual CC BY-SA



