



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CAMPUS DE SOBRAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**THIAGO CARVALHO FREITAS**

**A INTEGRAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO DAS PROFISSÕES DA  
SAÚDE: UM OLHAR SOBRE OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS E A  
PERCEPÇÃO DOS DOCENTES**

**SOBRAL**  
**2018**

THIAGO CARVALHO FREITAS

A INTEGRAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO DAS PROFISSÕES DA  
SAÚDE: UM OLHAR SOBRE OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS E A  
PERCEPÇÃO DOS DOCENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

Coorientador: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.

SOBRAL  
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- F938i Freitas, Thiago.  
A integração da humanização na formação das profissões da saúde : um olhar sobre os projetos pedagógicos dos cursos e a percepção dos docentes / Thiago Freitas. – 2018.  
160 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2018.  
Orientação: Profª. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira.  
Coorientação: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.
1. Humanização da assistência. 2. Formação profissional. 3. Desenvolvimento de pessoal. I. Título.  
CDD 610
-

THIAGO CARVALHO FREITAS

A INTEGRAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO DAS PROFISSÕES DA  
SAÚDE: UM OLHAR SOBRE OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS E A  
PERCEPÇÃO DOS DOCENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)

---

Prof. Dr. Marcio Arthoni Souto da Rocha  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, Sílvia e Roberto, e à minha  
irmã, Alana, pela confiança e apoio.

À Thaisa, companheira de vida.

Ao João, por me ensinar a ser pai e amigo de  
verdade.

## AGRADECIMENTOS

A Deus.

Aos meus orientadores, Professora Roberta e Professor Geison, pela paciência, dedicação e generosidade em partilhar comigo tantos aprendizados.

À Thaisa, pela esposa incrível que é, e pelas valiosíssimas sugestões e correções no percurso no mestrado. Sem você eu não teria chegado até aqui!

Ao professor Márcio Arthoni pela disponibilidade e pela parceria de longa data.

À professora Izabelle Mont'Alverne por integrar a banca de defesa de dissertação.

A Unimed Sobral, em nome de Carlos e Alita Arcanjo, por permitir e incentivar que seus colaboradores se qualifiquem e possam retornar o aprendizado ao trabalho.

Aos queridos Neto Muniz e Alex Viana, amigos desde a graduação em psicologia e que tiveram papel importante em meu percurso no mestrado.

Aos docentes do MASF pelo acompanhamento nas disciplinas e em outras atividades, especialmente à professora Adelane Monteiro pelo auxílio em diversas ocasiões.

Aos colegas discentes do MASF pelo companheirismo nesta jornada.

Aos docentes participantes desta pesquisa e às Instituições de Ensino Superior por permitir meu acesso e a realização deste trabalho.

Ao amigo Franzé, homem de grande coração e sempre muito solícito.

Aos meus clientes, que tiveram que lidar com um terapeuta por vezes ausente.

Ao Manoel Júnior, à Bianca Dutra e à Mary Oliveira, pela contribuição em momentos cruciais desta caminhada.

“For what is a man, what has he got? / If not  
himself, then he has naught / To say the things  
he truly feels / And not the words of one who  
kneels / The record shows, I took the blows /  
And did it my way.” (Claude François / Gilles  
Thibault / Jacques Revaux / Nâdiya Zighem)

## RESUMO

Após a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003 o debate sobre o tema se tornou cada vez mais intenso, gerando a necessidade de atualização e modificação do próprio Sistema Único de Saúde. Esta mudança depende em grande parte da transformação das formações e de sua conformidade com as noções e orientações estabelecidas na PNH. É relevante, portanto, verificar a presença dos princípios e diretrizes da Política nos cursos de graduação e a investigar como acontece o ensino da humanização nestas formações. O objetivo desta pesquisa é analisar a integração da humanização na formação das profissões da saúde, no nível da graduação, em IES públicas de uma cidade universitária do interior do Nordeste brasileiro. O estudo teve abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. Os cenários de pesquisa foram os cursos de: Educação Física, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia. Para a coleta de dados foram realizados: pesquisa documental junto aos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs); e entrevistas semiestruturadas com os docentes. Os dados foram analisados através da técnica de Análise de Conteúdo e do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos. Na fase de análise dos dados foram criadas categorias de análise e Ideias Centrais (ICs). Os resultados revelam que todos PPCs possuem conteúdos relacionados à humanização. Apenas o PPC do curso de Enfermagem cita explicitamente a Política Nacional de Humanização, enquanto a maior parte dos cursos apresentam elementos referentes aos princípios e diretrizes da PNH. A temática da humanização é percebida nos objetivos dos cursos e perfil do egresso, em conteúdos de disciplinas e módulos, projetos de extensão e atividades extracurriculares. O discurso dos docentes é heterogêneo, possuindo diferentes compreensões e conhecimentos sobre o conceito de humanização, Política Nacional de Humanização e o ensino da humanização nas profissões da saúde. O discurso dos docentes também se relaciona com os elementos da humanização presentes na PNH, e em outros documentos normativos e na literatura científica. Os educadores deram sugestões para o aprimoramento do ensino da humanização nas graduações, como: formação dos docentes; reestruturação dos currículos; e oferta de acolhimento e suporte aos discentes.

**Palavras-chave:** Humanização da Assistência. Formação profissional. Desenvolvimento de Pessoal.



## **ABSTRACT**

After the creation of the National Humanization Policy (PNH) in 2003, the debate on the topic became increasingly intense, generating the need to update and modify the Unified Health System (SUS) itself. This change depends largely on the transformation of the compliance with the notions and guidelines of PNH. It is relevant, therefore, to verify the presence of the principles and guidelines of the Politics in the undergraduate courses and to investigate how the teaching of the humanization in these formations happens. The objective of this research is to analyze the integration of humanization in the training of the health professions at undergraduate level in public educational institutions (IES) in a city in the interior of the Brazilian Northeast. The study had a qualitative, descriptive and exploratory approach. The following graduation courses were researched: PE, Nursing, Medicine, Odontology and Psychology. To collect the data needed the following procedures were performed: documentary research on the course projects (PPCs); and semi-structured interviews with teachers. The data were analyzed with the techniques of: Content Analysis; and Discourse of the Collective Subject (DSC). Ethical and legal aspects involving human research were respected. In the data analysis phase, analysis categories and Central Ideas (ICs) were created. The results show that all PPCs have contents related to humanization. Only the PPC of the Nursing course explicitly quotes the National Humanization Policy, while most of the elements present in the courses refer to the principles and guidelines of the PNH. The theme of humanization is found in the objectives of the courses and profile of the egress, in the disciplines and modules, extension projects and extracurricular activities. The teachers' discourse is heterogeneous, having different understandings and knowledge about the concept of humanization, National Humanization Policy and the teaching of humanization in the health professions. The teachers' discourse also relates to the elements of humanization present in the PNH, in other normative documents and in the scientific literature. The educators mentioned some suggestions for the improvement of humanization in the academic environment, such as: teacher training; restructuring of course curricula; and the offer of assistance and support to the students.

**Keywords:** Humanization of Assistance. Professional Training. Staff Development.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Procedimento para a elaboração dos DSC (Etapa 1) .....	59
Figura 2 – Procedimento para a elaboração dos DSC (Etapa 2) .....	60

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Resposta objetiva à Questão 4 da entrevista com os docentes .....	109
Gráfico 2 – Resposta objetiva à Questão 7 da entrevista com os docentes .....	119

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios da PNH .....	27
Quadro 2 – Diretrizes da PNH.....	28
Quadro 3 – O conceito de humanização a partir de algumas perspectivas.....	40
Quadro 4 – Conteúdos relacionados à humanização presentes nas DCNs.....	46
Quadro 5 – Exemplo de construção de um DSC .....	61
Quadro 6 – Caracterização dos cursos pesquisados .....	72
Quadro 7 – Caracterização dos participantes do estudo .....	74
Quadro 8 – Categorias de análise dos PPCs .....	75
Quadro 9 – Disciplinas e módulos dos cursos que apresentam elementos relacionados à categoria “A PNH e seus desdobramentos” .....	86
Quadro 10 – Disciplinas e módulos dos cursos que apresentam elementos relacionados à categoria “Modos humanizados de fazer saúde” .....	93
Quadro 11 – Ideias Centrais dos DSCs.....	96
Quadro 12 – Temas, questões e ICs relativos às entrevistas com os docentes .....	97
Quadro 13 – Resposta objetiva à Questão 6 da entrevista com os docentes .....	117

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
AnC	Ancoragem
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAES	Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
CPC	Conceito Preliminar de Curso
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DHP	Desenvolvimento Humano e Profissional
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DP	Desenvolvimento Pessoal
ECH	Expressões-chave
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ESF	Estratégia Saúde da Família
GT	Gestalt-terapia
GTH	Grupos de trabalho de humanização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAD1	Instrumento de Análise de Discurso 1
IAD2	Instrumento de Análise de Discurso 2
IC	Ideia Central
IES	Instituição de Ensino Superior
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MASF	Mestrado Acadêmico em Saúde da Família

MEC	Ministério da Educação
PET	Programa de Educação Tutorial
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS
PNE	Plano Nacional de Educação
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
NDE	Núcleo Docente Estruturante
RNH	Rede Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	23
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	23
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	23
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	24
<b>3.1 Documentos normativos referentes à Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – PNH</b> .....	24
<b>3.2 A PNH e seus desdobramentos</b> .....	32
<b>3.3 Modos humanizados de fazer saúde</b> .....	34
<b>3.4 Psicologia e humanização</b> .....	36
<b>3.5 Formação profissional em saúde e humanização</b> .....	42
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	48
<b>4.1 Tipo e abordagem do estudo</b> .....	48
<b>4.2 Cenário do Estudo</b> .....	49
<b>4.3 Período do Estudo</b> .....	51
<b>4.4 Participantes do estudo</b> .....	51
<b>4.5 Técnicas para coleta de dados</b> .....	52
<b>4.5.1 Pesquisa documental</b> .....	52
<b>4.5.2 Entrevista semiestruturada</b> .....	53
<b>4.6 Técnicas para análise dos dados</b> .....	55
<b>4.6.1 Análise de conteúdo</b> .....	55
<b>4.6.2 Discurso do Sujeito Coletivo</b> .....	57
<b>4.7 Aspectos éticos e legais do estudo</b> .....	62
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	64
<b>5.1 Descrevendo os cenários do estudo</b> .....	64
<b>5.1.1 Caracterização das Instituições de Ensino Superior</b> .....	64

<i>5.1.2 Caracterização do curso de Educação Física</i> .....	65
<i>5.1.3 Caracterização do curso de Enfermagem</i> .....	67
<i>5.1.4 Caracterização do curso de Medicina</i> .....	69
<i>5.1.5 Caracterização do curso de Odontologia</i> .....	70
<i>5.1.6 Caracterização do curso de Psicologia</i> .....	71
<b>5.2 Caracterização dos participantes do estudo</b> .....	73
<b>5.3 A humanização através da análise dos PPCs</b> .....	74
<i>5.3.1 A PNH e seus desdobramentos através dos PPCs</i> .....	76
<i>5.3.2 Modos humanizados de fazer saúde através dos PPCs</i> .....	89
<b>5.4 A humanização através dos discursos dos docentes</b> .....	96
<i>5.4.1 Tema 1 – Noções sobre humanização</i> .....	98
<i>5.4.1.1 Questão 1 – Como o(a) Sr.(a) poderia definir o conceito de humanização?</i> .....	98
<i>5.4.1.2 Questão 2 – Como o(a) Sr.(a) poderia definir a Política Nacional de Humanização em Saúde?</i> .....	100
<i>5.4.1.3 Questão 3 – Como o(a) Sr.(a) poderia definir o ensino da humanização em cursos da saúde?</i> .....	103
<i>5.4.2 Tema 2 – Percepção da humanização no PPC e na estrutura de funcionamento do curso</i> .....	108
<i>5.4.2.1 Questão 4 – Temas relacionados à humanização estão presentes no PPC do curso que o(a) Sr.(a) atua?</i> .....	108
<i>5.4.2.2 Questão 5 – O(a) Sr.(a) poderia descrever como acontece o ensino da humanização no seu curso (disciplinas, estágios, extensões, etc.)?</i> .....	113
<i>5.4.2.3 Questão 6 – Como o(a) Sr.(a) poderia mensurar e classificar o espaço que o ensino da humanização ocupa no currículo deste curso?</i> .....	117
<i>5.4.3 Tema 3 – Percepção do impacto do ensino da humanização na formação profissional e atuação dos egressos do curso</i> .....	119
<i>5.4.3.1 Questão 7 – O ensino da humanização afeta qualitativamente a formação dos alunos? E quanto a atuação profissional dos egressos?</i> .....	119
<i>5.4.3.2 Questão 8 – Quais são, em sua opinião, os desafios para o ensino e a prática de trabalho humanizados?</i> .....	124



<i>5.4.4 Tema 4 – Sugestões para o ensino da humanização</i> .....	130
<i>5.4.4.1 Questão 9 – O (a) Sr.(a) poderia citar algumas sugestões, a partir de sua experiência, que sejam úteis para o ensino da humanização em saúde?</i> .....	130
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	135
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	140
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE EXTRAÇÃO DE DADOS</b> .....	148
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	149
<b>APÊNDICE C - INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DE DISCURSO</b> .....	150
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE</b> .....	151
<b>APÊNDICE E – CARTA DE ANUÊNCIA DE PESQUISA PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR</b> .....	154
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	156

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo integra a linha de pesquisa *Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde* do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, em nível de Mestrado Acadêmico, da Universidade Federal do Ceará (UFC) – *Campus* de Sobral. É importante apresentar algumas considerações sobre o desejo de se realizar este estudo no mestrado e também da aproximação com o tema da pesquisa.

O interesse pela humanização, que motivou a definição deste assunto como tema desta pesquisa, surgiu a partir do meu ingresso no curso de graduação em psicologia. Questões relativas ao relacionamento humano, à ética e ao compromisso com o outro fizeram parte do cotidiano de minha formação. Já o encontro e a identificação com uma abordagem psicológica de corrente humanista (a Gestalt-terapia), as vivências profissionais (especialmente na clínica psicológica) e a produção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) reforçaram minha aproximação com o assunto das relações interpessoais, que inclusive foi objeto de estudo daquele material. O artigo “A construção de uma relação terapêutica a partir do encontro inter-humano”, produzido durante a formação em psicologia e que discorria sobre o conceito de encontro inter-humano e de sua importância para o “acontecimento” do processo terapêutico (especificamente da psicoterapia), foi o principal ingrediente do anteprojeto de pesquisa apresentado quando do ingresso no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF).

Naquela ocasião, os objetivos da proposta de pesquisa eram: a) avaliar a capacidade da PNH de valorizar os sujeitos de direito através das práticas de gestão e atenção à saúde por ela propostas; b) identificar nos profissionais de saúde atitudes de engajamento, disponibilidade e receptividade não apenas em relação ao desempenho de suas funções técnicas, mas na composição das relações humanas; e c) verificar e avaliar a aplicação das estratégias de Promoção de Saúde, Clínica Ampliada, Equipe de Referência e a relação destas com a valorização e a consideração dos sujeitos que delas necessitam.

É pertinente refletir sobre a evolução dos primeiros objetivos desta pesquisa e de compará-los com seu estado atual (os antigos pareciam bastante abrangentes e, em certa medida, inexecutáveis). Foi durante todo o percurso no MASF – através das disciplinas cursadas, do estágio em docência e das relevantes discussões com meus orientadores – que se

aprimoraram os objetivos e todos os outros elementos do Projeto de Pesquisa e posteriormente (com a contribuição dos docentes integrantes na banca de qualificação) a produção desta dissertação de mestrado.

Foi durante este percurso que pude me apropriar da humanização e mais tarde de sua relação com as graduações em saúde, especialmente através do contato com os docentes e com os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs).

No início do contato com o termo humanização me vi diante de uma palavra familiar e, aparentemente, de sentido facilmente assimilável. Para mim, humanização em saúde queria dizer exatamente o que a palavra humanização significa, ao menos nos dicionários: ato ou efeito de humanizar, de tornar humano aquilo que perdeu as características próprias de nossa natureza. Certamente, se tal palavra é utilizada associada à palavra saúde, é porque a saúde é desumana ou pelo menos está desumanizada. Obviamente que me deparei com uma realidade muito mais ampla e profunda do que minha primeira interpretação havia apontado. A humanização em saúde (ou humanização da assistência) é uma política de Estado, e tem relevância central nas diretrizes e princípios do SUS (BRASIL, 2004a).

A partir desta constatação pude concentrar meus esforços sobre o entendimento da *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde* (PNH) e as discussões mais recentes sobre a humanização, ainda que estas não fizessem menção à Política supracitada. Como consequência deste esforço, juntamente com os professores orientadores, pude identificar uma lacuna no conhecimento científico, os objetivos de pesquisa e os argumentos para a execução das investigações, análises, interpretações e conclusões aqui apresentadas.

A incursão nas produções científicas sobre humanização demonstrou uma escassez deste conteúdo, principalmente no tocante às pesquisas mais recentes e que tratassem da formação profissional das categorias profissionais da saúde. Além disso, constatamos que as maiorias dos artigos científicos discorriam sobre: a percepção dos estudantes sobre humanização (REBELLO; NETO, 2012; ALVES *et al.*, 2009; GARCIA *et al.*, 2012); projetos de extensão ou de disciplinas dos cursos de graduação com conteúdos alusivos ao relacionamento interpessoal (BRITO *et al.*, 2016; FLOSS *et al.*, 2013); e o desenvolvimento de habilidades de comunicação (ALMEIDA; CHAVES, 2013; CASATE; CORRÊA, 2012; MOTA *et al.*, 2013).

Com o intuito de delimitar a questão de pesquisa (problema científico), foram empreendidas diversas buscas em índices de literatura e revistas científicas de reconhecida importância no cenário acadêmico, além de revisões de literatura.

A primeira busca se deu em quatro importantes revistas científicas nacionais, a saber, Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva e Physis. A partir de uma pesquisa manual, volume por volume, número por número, nas publicações dos últimos cinco anos (2012-2016), foram selecionados 10 artigos que versam sobre a humanização. Tais produções foram alocadas em duas categorias: A Política Nacional de Humanização (PNH) e seus desdobramentos; e Modos humanizados de fazer saúde.

A partir da leitura dos artigos selecionados foi possível observar que, de alguma forma, todas as produções trazem a conceituação do que é humanizar (ou humanização), seja tomando como referência a PNH, seja apresentando outros autores que abordam a temática. Alguns dos artigos selecionados (ROCHA, UCHOA, 2013; NORA; JUNGES, 2013; DUARTE *et al.*, 2015) tratam da criação da PNH, seu amadurecimento e seus desdobramentos e impactos no SUS atualmente. No geral, aqueles artigos que se encontram na categoria “Modos humanizados de fazer saúde” não citam a PNH, embora não se distanciem do que é abordado por ela (ALONSO, 2013; BRITO *et al.*, 2016).

A segunda busca foi realizada na LILACS utilizando diversas combinações dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Humanização da Assistência”; “Atenção Primária à Saúde”; e “Assistência à Saúde”. O cruzamento foi feito com o operador booleano *and*. Durante a busca foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo; artigos no idioma português e que abordassem a temática em estudo. Foram excluídos durante a busca: toda produção duplicada, editoriais e estudos que não abordassem temática relevante ao alcance do objetivo da pesquisa. A busca resultou na seleção de 19 artigos, produzidos nos últimos cinco anos. As produções abordam, em geral, três “categorias” relacionadas à humanização: atitudes, habilidades e competências dos profissionais e estudantes; a visão dos profissionais de saúde sobre humanização (englobando questões, morais, éticas e dos processos de trabalho); e a visão dos usuários sobre a Estratégia Saúde da Família, com enfoque na humanização em saúde. Nesta segunda busca identificamos novamente a carência de estudos sobre a humanização e formação profissional em saúde, o que motivou uma terceira averiguação da literatura.

A terceira pesquisa também foi realizada na LILACS utilizando combinações dos seguintes descritores: “Humanização da Assistência”; “Educação de graduação em Medicina”; “Programas de graduação em Enfermagem”; e “Desenvolvimento de Pessoal”. Esta busca resultou na seleção de 14 artigos produzidos nos últimos cinco anos, além de uma dissertação de mestrado.

Esta última busca demonstrou que os artigos científicos versam essencialmente sobre questões relacionadas à visão dos estudantes sobre humanização, sobre projetos de extensão relacionados com a humanização e sobre disciplinas de graduação que porventura tratem da temática. Finalmente, a dissertação de mestrado selecionada discute o ensino da humanização em cursos da saúde de uma determinada universidade da região Norte do Brasil (ANGEL, 2013).

Considerando as buscas empreendidas na literatura científica, observamos que poucos trabalhos se detêm sobre a humanização na formação das profissões em saúde. Além disso, o número de trabalhos que tratam da formação profissional e de sua relação com a PNH e as orientações normativas sobre humanização é ainda mais diminuto. Apesar da humanização em saúde não ser um tema novo, a exiguidade de estudos que se ocupam de sua intersecção com a formação em saúde se revelou com uma possibilidade factual para uma nova pesquisa.

Nesse sentido, a imersão na bibliografia referente à humanização em saúde e à formação dos profissionais da saúde suscitou uma série de reflexões e questionamentos, sobre pontos não abordados ou tratados rapidamente por estes trabalhos. Nesta pesquisa a questão norteadora concerne à integração da humanização na formação das profissões da saúde, sob a ótica dos partícipes do processo formativo, especificamente os docentes de cursos da saúde, e de seu fundamento organizativo através dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs). Para fins de delimitação, os cursos e profissões aqui tratados como da área da saúde são aqueles citados pela Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Com isto posto, a pergunta que lançamos é: **Como a humanização está integrada à formação das profissões da saúde a partir do discurso do Projeto Pedagógico do Curso e da percepção dos docentes dos cursos de graduação em IES públicas?**

A relevância teórica de estudo situa-se na contribuição que ele trará para o fomento de novas pesquisas e o enriquecimento da literatura na área, reduzindo as lacunas do

conhecimento existentes, tendo como foco, em última instância, a melhoria da qualidade da assistência à população e o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A relevância prática na abordagem do tema baseia-se na necessidade de que se estabeleça um entendimento sobre a inserção dos elementos relacionados à PNH e da humanização como um todo nas graduações das profissões do campo da saúde. Isso possibilitará o aprimoramento destas formações e, conseqüentemente, uma resposta desta iniciativa através de mudanças na atuação dos profissionais e gestores da saúde, da resolubilidade das questões deste campo e, finalmente, do bem-estar de todos os participantes do SUS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a integração da humanização na formação das profissões da saúde, no nível da graduação, em IES públicas de uma cidade universitária de médio porte do interior do Nordeste brasileiro.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar a temática da humanização nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de saúde pesquisados;
- b) Analisar criticamente a proposta de humanização e sua inserção nos currículos de saúde;
- c) Identificar o possível impacto da humanização nos currículos para a formação dos estudantes e atuação profissional dos egressos, sob a ótica dos docentes.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O objetivo desta seção é expor e aprofundar a discussão sobre os conceitos e categorias utilizadas nesta pesquisa. São elas: história da criação da Política Nacional de Humanização, humanização em saúde, princípios e diretrizes da PNH, temáticas relacionadas à humanização e preceitos dos cursos de graduação em saúde e de sua aproximação com o tema.

#### 3.1 Documentos normativos referentes à Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – PNH

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH) nasceu no ano de 2003. Antes disso, porém, já haviam iniciativas governamentais relativas ao tema da humanização. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) é um exemplo. Lançado em 2001, durante a gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso (que tinha como ministro da saúde José Serra), o PNHAH visava “promover a pessoa humana como valor fundamental no seio das práticas públicas de saúde” (BRASIL, 2001d), especificamente no âmbito da assistência hospitalar.

As primeiras iniciativas do Ministério da Saúde no que diz respeito à humanização buscavam estratégias para a melhoria do contato interpessoal entre profissionais e usuários, profissionais e seus pares, e dos hospitais com a comunidade. Já no primeiro manual do PNHAH buscou-se traduzir o que o governo estava chamando de humanização:

[...] humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente. Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes (*idem*, p. 03).

Naquele momento as ações estavam voltadas para o atendimento aos clientes (ou



usuários) e também para o trabalho dos profissionais de saúde, considerando as possibilidades e entraves do SUS, que tinha à época um pouco mais de uma década de existência. É possível verificar uma maior atenção sobre qualidade e eficácia da atenção hospitalar, fruto de um amadurecimento do próprio SUS diante de seu ritmo de expansão no território nacional.

Os principais objetivos do PNHAH eram fortalecer e articular as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar, melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos clientes, harmonizar as relações de trabalho, capacitar os profissionais com vistas a promover uma cultura de valorização da vida humana, conceber novas práticas de humanização hospitalar, formar parcerias e fomentar a comunicação neste campo, criar condições de avaliação dos resultados das ações executadas (incentivando o serviço de saúde humanizado) e difundir a cultura de humanização na rede hospitalar.

A partir de princípios como o da gestão participativa, do trabalho em rede (no caso, a Rede Nacional de Humanização), do clima organizacional satisfatório, entre outros, o governo indicava que caminhos seguir em direção à humanização dos serviços hospitalares. O primeiro manual lançado em 2001 foi seguido de outro manual, lançado em 2002 pelo então Ministro da Saúde Barjas Negri.

O segundo documento sobre o PNHAH trazia algumas novidades, principalmente no tocante à Rede Nacional de Humanização (RNH) e aos parâmetros de operacionalização e avaliação (diagnóstico hospitalar) do programa. A RNH tinha como função centralizar a divulgação e o compartilhamento das ações voltadas à humanização hospitalar, bem como dar visibilidade e credibilidade a estas informações.

Através de um sítio na web, a RNH ganhava espaço através dos multiplicadores virtuais, que eram os responsáveis pela manutenção e fortalecimento da rede, através da troca de experiências. Esta iniciativa precedeu o HumanizaSUS, lançada em 2008, que hoje se autointitula como uma rede social para aqueles interessados ou envolvidos nos processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. O HumanizaSUS centraliza os debates sobre humanização, os eventos sobre o tema e possui um acervo digital com a maior parte dos documentos normativos lançados pelo Governo Federal, bem como documentários, entrevistas, apresentações, livros e outros materiais gráficos.

No ano de 2002 é eleito Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. O ano de 2003, marcado pela posse do novo presidente, também representa um grande avanço para a

humanização da saúde brasileira. Até então as iniciativas de humanização eram isoladas e estavam restritas ao ambiente hospitalar. Com a chegada de Lula ao poder e de Humberto Costa ao Ministério da Saúde, as ações de humanização que antes tinham caráter de programas governamentais passam a ter o *status* de política, com a ampliação das ações referentes à humanização, nos diversos âmbitos e hierarquias do sistema de saúde. É nesse momento que nasce a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - PNH.

Com o advento da PNH, o governo buscava expandir transversalmente as premissas e ações de humanização a todos os programas, estratégias e políticas do SUS. Desta forma, o debate sobre os modelos de gestão e atenção, a formação dos profissionais, a participação e o controle social, o direito fundamental (e constitucional) à saúde, enfim, as discussões sobre o SUS, passariam a examinar a melhoria destes quesitos visando a consideração plena dos sujeitos implicados nestes processos.

No documento base lançado em 2004 sobre a PNH (com o subtítulo: “A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS”), o governo reapresenta suas concepções sobre o que é (e sobre o que não é) humanização:

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde. Além de tudo, o “alvo” dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que “também é ser humano”(!) e merece “ganhar alguma atenção dos gestores” (BRASIL, 2004a, p. 06).

Segundo o documento oficial, o termo humanização é definido como a oferta e a prática de ações (inclusive de atendimento) de qualidade, que contemplem os avanços tecnológicos, o uso de materiais e técnicas e também o acolhimento, a promoção de melhores ambientes de cuidado e de relações de trabalho saudáveis.

Desta forma, a humanização não é apenas mais um procedimento a ser considerado no complexo processo de saúde, mas um elemento fundamental da efetivação do

SUS como proposta de saúde pública. Ao receber a denominação de política, a “humanização” passa a ocupar um lugar central no rol de diretrizes e princípios do SUS, deixando de ser vista como programa acessório, ou até mesmo secundário.

Os princípios norteadores da PNH são: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. O quadro a seguir, construído a partir do folheto intitulado “Política Nacional de Humanização – PNH” (BRASIL, 2013), ilustra como a Política define cada um destes princípios:

Quadro 1 – Princípios da PNH

PRINCÍPIOS DA PNH	DEFINIÇÃO
<b>TRANSVERSALIDADE</b>	A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.
<b>INDISSOCIABILIDADE ENTRE ATENÇÃO E GESTÃO</b>	As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.
<b>PROTAGONISMO, CORRESPONSABILIDADE E AUTONOMIA DOS SUJEITOS E COLETIVOS</b>	Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Fonte: elaborado pelo autor a partir de BRASIL (2013).

Já as diretrizes da Política Nacional de Humanização são: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador; e defesa dos direitos dos usuários. O quadro a seguir reúne a definição de cada uma destas diretrizes e de como a PNH concebe sua efetivação.

Quadro 2 – Diretrizes da PNH

DIRETRIZES DA PNH	O QUE É	COMO FAZER
<b>ACOLHIMENTO</b>	Reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. Fomentar e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Construção coletiva a partir da análise dos processos de trabalho, objetivando o fortalecimento de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuários.	Escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário; garantia de acesso dos usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades; ampliar a efetividade das práticas de saúde; assegurar que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.
<b>GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO</b>	Inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto à ampliação das tarefas da gestão (se configurando como espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo).	A organização e experimentação de rodas, no sentido de colocar as diferenças em contato, para a produção de movimentos de desestabilização e que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. Dispositivos de cogestão: organização de espaços coletivos de gestão, permitindo o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Arranjos de trabalho: colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, etc.
<b>AMBIÊNCIA</b>	Espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.	Discussão compartilhada do projeto arquitetônico, de reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço.
<b>CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA</b>	A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.	Utilização de recursos que permitam o enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

**VALORIZAÇÃO DO  
TRABALHADOR**

Dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los nas tomadas de decisão, valorizando sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão. Articular espaços de formação em Saúde e Trabalho, que tornam possível o diálogo, a intervenção e a análise do que causa sofrimento e adoecimento nos profissionais. Fortalecimento do grupo de trabalhadores do SUS.

**DEFESA DOS DIREITOS  
DOS USUÁRIOS**

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Garantir ao cidadão os cuidados de saúde através de uma equipe multiprofissional; ser informado sobre sua saúde; e decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

---

Fonte: elaborado pelo autor a partir de BRASIL (2013).

Vê-se, portanto, que a intenção da PNH é assegurar que a política de humanização não seja apenas um discurso teórico, mas que consiga mobilizar efetivamente todos os sujeitos participantes do processo de saúde. O documento norteador fundamental da PNH (BRASIL, 2008) também apresenta a necessidade da consideração do outro como pessoa, que sente, que sofre e que tem inúmeras expectativas sobre a (sua) saúde. O intuito é de superar a ideia de relação profissional marcada pela objetificação e despersonalização, implementando um movimento de cuidado baseado no respeito e na consideração da alteridade.

É interessante ressaltar que com o lançamento e efetivação da PNH, o governo esperava atingir alguns objetivos específicos, que nos ajudam a entender o que afinal de contas seria, na prática, a humanização. Marcas como a redução das filas e do tempo de espera para os atendimentos (consultas, exames, cirurgias), ordenação dos serviços baseados em critérios de risco, garantia de acesso à informação e conhecimento por parte dos clientes de quem são os profissionais responsáveis por sua saúde (através da territorialização) são alguns exemplos de como a PNH se efetivaria.

O documento base para gestores e trabalhadores do SUS, lançado em 2004 e reeditado outras três vezes (a última delas em 2008) também apresenta parâmetros para a implementação de ações na atenção básica, em prontos-socorros, pronto atendimentos e assistência pré-hospitalar, na atenção especializada (unidades ambulatoriais de referência, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) e na atenção hospitalar.

Além disso, há diversos outros documentos normativos específicos que balizam a PNH, como: **Gestão e formação nos processos de trabalho** (2004b) – que versa majoritariamente sobre a efetivação de uma gestão que inclua a participação dos profissionais nas unidades de saúde; **Atenção humanizada ao abortamento** (2005); **Grupo de trabalho de humanização** (2006a, 2ªed.) – intitulados de GTH, os Grupos de trabalho de humanização seriam como “comitês de humanização”, composto por pessoas interessadas em discutir sobre os serviços e as relações de trabalho; **Ambiência** (2010a, 2ªed.) – que se refere à qualidade do ambiente propriamente dito das unidades de saúde, incluindo aspectos como a visita aberta, direito a acompanhante, direito a informação e acessibilidade, etc.; **HumanizaSUS Visita aberta e direito a acompanhante** (2007a, 2ªed.); **Cadernos HumanizaSUS** [Vol. I (2010d), Vol. II (2010b), Vol. III (2011b) e Vol. IV (2014b)] – Versam, respectivamente, sobre formação e intervenção, atenção básica, atenção hospitalar e humanização do parto e do nascimento; **Clínica ampliada e compartilhada** (2010c); **Gestão Participativa e Cogestão**

(2010e); **O HumanizaSUS na Atenção Básica** (2010f); **Redes de produção de saúde** (2010g); **Trabalho e redes de saúde** (2010h); **Carta dos direitos dos usuários da saúde** (2012); **Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde** (2016); entre outros.

Com relação às publicações citadas acima, é interessante destacar as duas últimas. A Carta dos direitos dos usuários da saúde veio como consequência da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011), e dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Este documento revela o nível de maturidade da PNH, quase 10 anos após o seu lançamento. A Carta considera ainda os princípios da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (aprovada em 2007) e a própria Lei nº 8.080, que regula o funcionamento do SUS. Em resumo, a Carta dos direitos dos usuários da saúde trata do acesso das pessoas à saúde e dos tratamentos de que necessitam, do atendimento humanizado, da valorização de suas diferenças, da corresponsabilização pelos serviços, equipamentos e relacionamento interpessoal, do direito à informação e da participação ativa em conselhos e conferências.

O último documento oficial publicado sobre o tema, já no ano de 2016, foi sobre o acolhimento na gestão e o trabalho em saúde. Ele se ocupa primordialmente da relação entre a organização do trabalho e o acolhimento, considerando que na saúde, atenção e gestão são indissociáveis. Apresentando o Método da Roda (de Gastão Wagner), o texto defende a participação ativa de todos os atores da saúde, e rememora dispositivos fundamentais da PNH já citados anteriormente, como o acolhimento, a classificação de risco, a ambiência e a clínica ampliada.

Além disso, o texto faz uma retrospectiva sobre a implantação e efetivação da PNH e do SUS como um todo, considerando seus avanços e obstáculos e definindo a saúde atualmente como “uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma ainda desigual pelas diferentes pessoas”, mas que não perde de vista a “construção de uma rede de atenção resolutiva, hierarquizada e equânime” (BRASIL, 2016, p. 19).

Finalmente, ainda tomando a última publicação normativa sobre a PNH como referência, é possível afirmar que a plena (e utópica) efetivação da Política Nacional de Humanização enfrenta obstáculos implacáveis como, por exemplo, a precarização do trabalho em saúde (causado diretamente pela má gestão dos recursos públicos e pela corrupção presente em todos os níveis de governo) e a hegemonia de certos modos de fazer saúde

(praticadas por certas categorias e práticas profissionais) que de certa maneira, contrapõe os discursos e as práticas da PNH, desqualificando-os e colocando-os sob suspeita por não serem científicos ou comprovados estatisticamente.

Esta talvez seja a grande armadilha em que se coloca a PNH na atualidade e também o seu grande desafio. Colocar em questão a utilização de seus conceitos, arranjos e dispositivos como instrumentos de exclusão de trabalhadores e usuários e propiciar formas inventivas e libertárias de sua recriação como instrumentos de inclusão dos diversos atores que protagonizam o campo da Saúde (BRASIL, 2016, p. 20).

### **3.2 A PNH e seus desdobramentos**

A temática da humanização há décadas vem sendo discutida em todo o mundo, fomentando a criação de programas e políticas de governo e atraindo o olhar para um modo de fazer saúde diferente daquilo que historicamente foi sendo construído (Goulart e Chiari, 2010). No Brasil, a criação do PNHAH e sua posterior expansão para a Política Nacional de Humanização tinham como objetivo disseminar práticas de saúde humanizadas para usuário, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2001d).

Esse movimento impulsionou a produção científica sobre o tema – seja no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), seja na atenção especializada ou hospitalar – uma vez que a PNH passou a atravessar as diferentes ações e instâncias do SUS, dando caráter de indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e o cuidado com os processos de trabalho, atenção, gestão e política.

As produções científicas que tratam da PNH concebem a humanização como um conjunto de atitudes e práticas que aproximam e fortalecem o contato entre os profissionais de saúde e seus clientes, motivadas pela compreensão, a valorização das pessoas e por princípios éticos e humanos. Outra característica ressaltada nos estudos é a importância da qualidade do cuidado, que deve observar não somente o bem-estar dos clientes como também a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento de seus direitos, efetivado através da avaliação do processo de trabalho, a formação permanente dos profissionais, etc.

A política de humanização é marcada pela confluência entre o vínculo dos sujeitos, as práticas de cuidados e os processos de gestão. A harmonia e integração entre estes



aspectos é o que torna desafiador o processo de humanização do SUS enquanto política pública, e marca o posicionamento da PNH em relação à humanização:

A construção de um sentido possível para a expressão Humanização da Saúde se enuncia na PNH em um novo posicionamento, segundo o qual um homem comum, um ser humano em sua existência concreta, em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. Para os formuladores da PNH, a humanização não se restringe a ações humanitárias, nem é realizada por seres humanos imbuídos de uma bondade supra-humana na feitura de serviços ideais. A nova humanização é um resultado de novas práticas no modo de se fazer o trabalho em saúde, levando-se em conta o trabalho em equipe adicionado a uma troca de saberes, incluindo os usuários e os profissionais (MOREIRA *et al.*, 2015, p. 3232).

Segundo a literatura, a PNH também carrega o grande desafio de liderar um movimento que visa superar o modelo biomédico hegemônico da forma de pensar saúde, colocando o usuário no lugar central do processo assistencial.

Para tanto, as tecnologias das relações funcionam como ferramentas para a construção de vínculos e de práticas de saúde que extrapolam a visão fragmentada do cuidado. O grande desafio posto à PNH é articular as redes de atenção e produção de saúde em gestão compartilhada que garanta o acesso aos usuários com qualidade e resolubilidade. Os serviços devem servir como espaços de sociabilidade, com momentos de educação permanente conectados aos processos de trabalho, em que a produção de saúde seja compreendida como produção de subjetividade. (NORA, JUNGES, 2013, p. 1199)

Por outro lado, a maioria das produções científicas que tratam da PNH também destaca uma série de obstáculos que afetam diretamente a concretização das propostas apresentadas na Política. Alguns das dificuldades mais recorrentes são: a carência de recursos financeiros, a má gestão do dinheiro e dos bens públicos, a desvalorização dos trabalhadores da saúde e o enfraquecimento de seu poder de articulação e transformação social. A desarticulação e falta de incentivo às práticas nomeadas como “humanizadoras” faz com que elas percam sua força em produzir mudanças significativas de saúde (Condrade *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2015; NORA; JUNGES, 2013).

Finalmente, apesar dos inúmeros impedimentos para plena efetivação da PNH, é possível concluir que a Política Nacional de Humanização foi e continua sendo um avanço no campo das políticas de saúde, e a produção científica aponta meios para sua execução

integral:

Em sua trajetória, a PNH tem estimulado o surgimento de ações que têm o propósito de amenizar os efeitos negativos – físicos, emocionais e sociais – das enfermidades e garantir o respeito e a cidadania dos indivíduos. [...] A PNH apresentou avanços inquestionáveis em sua trajetória. Representa um relevante marco de referência para a elaboração de práticas de saúde que promovam o respeito ao cidadão, englobando seus valores, aspirações e necessidades. Não obstante, muitos desafios ainda devem ser considerados. Sua constituição efetiva, como Política de Humanização do SUS, não pode ser alcançada sem a mobilização das forças sociais que se agenciam para além do Estado. (MOREIRA *et al.*, 2015, p. 3232).

### 3.3 Modos humanizados de fazer saúde

Diversas produções científicas que tratam da humanização não citam a Política Nacional de Humanização em suas reflexões (Santos *et al.*, 2012; Gallian *et al.*, 2013; Brito *et al.*, 2016). Esta particularidade indica que há uma distinção entre uma e outra, embora também hajam inúmeras convergências.

No geral, os estudos que se detêm sobre a humanização ou os modos humanizados de fazer saúde compartilham o interesse pelas práticas de saúde que fogem do lugar habitual, que rompem com a lógica hegemônica dos cuidados pautados pelo modelo biomédico e mecanicista. Eles chamam a atenção para a necessidade de mudança na formação dos profissionais, que ainda não valorizam verdadeiramente o aprimoramento da dimensão humana do cuidado.

Esta valorização da dimensão humana, segundo as produções científicas, abre espaço para a consideração e a valorização de questões que normalmente escapam ao fazer cotidiano dos espaços de saúde. Uma delas é a fala (ou narrativa), responsável pela individualização das pessoas. O reconhecimento do discurso da alteridade causa um impacto positivo em suas impressões sobre os cuidados recebidos, aproximando profissional e cliente.

Em uma atenção integral e humanizada, espera-se que a relação entre PS (profissionais de saúde) e usuários reflita atitudes de “encontro com o Outro”, de “cuidado dialogado”. Para o filósofo Martin Buber é somente na relação com o Outro e, primordialmente por meio do diálogo, que o ser humano pode ser compreendido. Segundo o autor, uma autêntica relação entre seres humanos deve ser permeada não por uma interação objetivante (Eu-Iso), mas por uma interação

dialógica (Eu-Tu), intencionalmente realizada como abertura ao Outro, a fim de estabelecer um encontro “entre-deois” (do EU e TU); ou seja, um encontro entre sujeitos na singularidade de suas subjetividades. (SANTOS *et al.*, 2012, p. 778)

A consideração das falas, das histórias e de tudo aquilo que se refere ou evoca sentimentos está alinhado com a proposta de integralidade, incorporando aspectos que extrapolam aquilo que é estritamente “médico”, com o objetivo de superar a visão reducionista de saúde. Estas atitudes, segundo seus autores, são capazes de desmascarar as linguagens e concepções cotidianas, descristalizar ideias e incentivar criativamente o potencial dos encontros inter-humanos nos espaços formais e não-formais de saúde.

Os “médicos-palhaços” foram capazes de se inserir no modo de viver das pessoas em uma relação na qual a constituição do vínculo foi fundamental para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Essas recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil. As ações de promoção de saúde devem fazer parte da estratégia das equipes locais, e são necessárias análises da realidade social e de saúde, uma vez que delas se esperam atuação no território, enfoque familiar e comunitário, bem como abordagem de problemas psicossociais (BRITO *et al.*, 2016, p. 560).

Partindo dos aspectos abordados acima, é possível considerar que as propostas da humanização, em todas as suas concepções, visam incentivar a união e a colaboração das pessoas envolvidas com a saúde, favorecendo espaços de participação ativa de todos. Procura-se superar as práticas de cuidado voltadas para aplicação de técnicas, onde os profissionais estão “fechados” ao diálogo, afastando os clientes e precarizando o contato humano.

Estudos pautados nos princípios da integralidade e da humanização e comprometidos com a melhoria da qualidade da assistência à saúde demonstram a frequente observação de profissionais de saúde tecnicamente eficientes, mas, indiferentes e distantes, quando não ríspidos e impacientes, nas relações com os usuários. [...] Mais do que somente competência tecnocientífica, o cuidado em saúde prescinde de aspectos não-técnicos (humanos, éticos, organizacionais, sociais, econômicos, culturais, políticos) capazes de imprimir significado prático à sua aplicação, se constituindo em espaços de escuta, diálogo e relação ética e dialógica entre os atores implicados em sua produção (*idem*, p. 777).

### 3.4 Psicologia e humanização

A escolha pelos autores tratados neste ponto não se deu por acaso. Desde o período da graduação em psicologia eu já havia me aproximado do existencialismo e da fenomenologia. Esta aproximação se deu principalmente por uma forte identificação com grandes mestres como Martin Heidegger, Søren Kierkegaard, Edmund Husserl, Jean-Paul Sartre, dentre tantos outros, que naturalmente me direcionaram ao conhecimento do humanismo e da teoria de Carl Rogers. Esta identificação afetou minha maneira de ver o mundo e, a partir de então, tem se configurado como um motor de propulsão para as reflexões sobre as relações humanas. Posteriormente iniciei os estudos e a prática clínica, orientado pela abordagem humanista e pela Gestalt-terapia, que tem em Fritz Perls seu primeiro grande expoente e que tem se desenvolvido fortemente no Brasil (HOLANDA; KARWOWSKI, 2004, p.61). Sendo assim, os pensadores e conteúdos escolhidos para fazer a aproximação entre psicologia e humanização já me são familiares, me ajudando inclusive a escolher o tema da humanização para este projeto de pesquisa, além de fornecer embasamento teórico para a análise das questões aqui apresentadas.

Nesse sentido, os artigos estudados durante a revisão de literatura de alguma forma tratam de algo que Hycner & Jacobs (1997) chamam de “voltar-se-para-o-cliente” (p.39). Esta *atitude* reconhece a pessoa não como um objeto ou objetivo de trabalho, o que lhe confere poder de cura através da relação terapêutica.

Esta atitude está intimamente ligada às ideias de Martin Buber, pensador judeu conhecido (e reconhecido) por sua filosofia do diálogo. O diálogo a que Buber se refere diz respeito ao entendimento de que o mundo não pode ser absorvido ou compreendido senão através de suas coisas, através da consideração do encontro como uma vivência do ambiente, ou seja, do encontro direto firmado entre o homem e o seu mundo.

No conceito de diálogo genuíno (ou relação dialógica) os significados do ambiente e daquilo com que nos relacionamos (sejam pessoas ou objetos) são revelados não por definições objetivas que criamos sobre este mundo, mas são significados por eles mesmos quando, reciprocamente, nos experimentamos, enquanto elementos indissociáveis neste ato particular do encontro. Para Buber os significados das vivências não se tornam unidades; na verdade, o próprio encontro não pode ser considerado uma unidade, já que é exatamente um

encontro e não uma união (VON ZUBEN, 2003, p.46).

Desta forma, para a Filosofia do Diálogo está ultrapassada qualquer noção de homem ensimesmado, com uma subjetividade alheia às outras subjetividades, com um mundo à sua volta que é acessado estritamente diante das contingências. Além disso, o próprio ser-no-mundo deixa de ser definido pela junção do que se entende por humano e do que se entende por mundo e passa a ser entendido especificamente pelo *continuum* que há entre eles, pelo hífen que os assume inseparáveis.

Em decorrência de suas reflexões, Buber também aponta outros modos de diálogo que não os genuínos e autênticos:

Conheço três espécies de diálogo: o autêntico – não importa se falado ou silencioso – onde cada um dos participantes tem de fato em mente o outro ou os outros na sua presença e no seu modo de ser e a eles se volta com a intenção de estabelecer entre eles e si próprio uma reciprocidade viva; o diálogo técnico, que é movido unicamente pela necessidade de um entendimento objetivo; e o monólogo disfarçado de diálogo, onde dois ou mais homens, reunidos num local, falam, cada um consigo mesmo, por caminhos tortuosos estranhamente entrelaçados e creem ter escapado, contudo, ao tormento de ter que contar apenas com os próprios recursos. Como eu disse, a primeira espécie de diálogo tornou-se rara [...]. A segunda espécie faz parte dos seus bens essenciais e inalienáveis da “existência moderna”, embora o diálogo verdadeiro ainda aqui se esconda em toda espécie de rincões e surja ocasionalmente, de uma forma inconveniente; mais frequentemente tolerado com arrogância do que realmente escandalizando, aparece talvez na tonalidade da voz de um condutor de trem, no olhar de uma velha vendedora de jornais, no sorriso do limpador de chaminés. (BUBER, 1982, p. 53-54)

Neste ponto, podemos traçar um paralelo entre o que Buber nos apresenta e as propostas de humanização, presentes nas políticas públicas e nas produções científicas. A humanização atua justamente nos diálogos não-autênticos e não-genuínos. O diálogo técnico – restrito à efetivação de determinados objetivos e à satisfação de necessidades individuais – e o monólogo disfarçado de diálogo (que será descrito mais adiante) são precisamente o que a humanização visa reparar. Esta reparação compreende o resgate e a promoção do contato humano, meio pelo qual nos nutrimos, nos compreendemos, nos orientamos e atendemos às nossas necessidades (Hycner & Jacobs, 1997, p. 73).

Buber acredita que os modos não autênticos de existência têm se tornado predominantes em nosso tempo. Por esta perspectiva, ele descreve o terceiro tipo de diálogo, extremamente comum nas relações contemporâneas:

Um debate, no qual os pensamentos não são expressos da forma em que existiam na mente, mas que, no ato de falar, são tão aguçados que podem acertar o ponto mais sensível e isto sem se considerar os indivíduos com quem se fala como pessoas presentes; uma conversação, que não é determinada nem pela necessidade de comunicar algo, nem por aquela de aprender algo, nem de influenciar alguém, nem de entrar em contato com alguém, mas é determinada unicamente pelo desejo de ver confirmada a própria autoconfiança, decifrando no outro a impressão deixada, ou de tê-la reforçada quando vacilante; uma conversa amistosa, na qual cada um se vê a si próprio como absoluto e legítimo e ao outro como relativizado e questionável; um colóquio amoroso, em que tanto um parceiro quanto o outro se regozija no esplendor da própria alma e na sua vivência preciosa: – que submundo de fantasmas sem rosto! (BUBER, 1982. p. 54)

Esta passagem ilustra claramente como se dão as relações atualmente, especialmente se consideramos os ambientes de trabalho, como no campo saúde, objeto deste projeto. Buber chama a atenção para a ausência de encontro e a presença de um debate caracterizado pela falsidade. A falta de verdade implica necessariamente em uma relação objetivada, egoísta e egocêntrica, motivada por um dobrar-se-em-si-mesmo, que é o contrário do voltar-se-para-o-outro:

O movimento básico dialógico consiste no voltar-se-para-o-outro. Aparentemente trata-se de algo que acontece toda hora, algo banal; quando olhamos para alguém, quando lhe dirigimos a palavra, é com um movimento natural do corpo que a ele nos voltamos; porém, na medida do necessário, quando a ele dirigimos a nossa atenção, fazemo-lo também com a alma. [...] O movimento básico monológico [por sua vez], não é, como se poderia pensar, o desviar-se-do-outro em oposição ao voltar-se-para-o-outro, mas é o dobrar-se-em-si-mesmo. (*idem*, p. 56-57)

Neste ponto, além de Buber, outros autores também chamam a atenção para a necessidade urgente de sairmos do movimento egocêntrico do diálogo monológico para o verdadeiro *encontro* com o outro, além de salientar as vantagens do acontecimento do diálogo (especialmente no âmbito das relações terapêuticas), como tratam Rogers e Kinget (1977):

Tudo que foi dito até aqui pode ser resumido em uma lei geral única das relações humanas, e especificar as relações funcionais das noções que ela faz intervir. O enunciado desta lei é: quando existe entre as partes um desejo mútuo de entrar em contato e de se empenhar num processo de comunicação, podemos afirmar que quanto mais elevado o grau de acordo realizado pela experiência, pela percepção e pelo comportamento de uma das partes, mais caracterizada será a relação por: uma tendência à comunicação recíproca, caracterizada pelas mesmas propriedades; uma compreensão mútua mais correta do objeto da comunicação; um funcionamento psicológico melhor de ambas as partes; um aumento da satisfação causada pela relação. (p. 219)

Carl Rogers, grande expoente do humanismo (corrente psicológica que rompeu com a psicanálise e o behaviorismo norte-americano do séc. XX), contribuiu fortemente com a educação (tratando principalmente da relação aluno-professor) e com a psicoterapia. Sobre esta, o autor falou dos seus objetivos, que podem ser generalizados para outros âmbitos como o dos cuidados médicos e de saúde em geral:

A essência da terapia, como vejo ser conduzida por mim próprio e por outros, é um encontro de duas *peessoas*, no qual o terapeuta é aberta e livremente ele próprio e evidencia isto talvez mais completamente, quando ele pode livre e com receptividade entrar no mundo do outro. Por isso, tomando de empréstimo algumas frases antigas, sinto-me inclinado a dizer: “A maneira de fazer é *ser*. A maneira de entender vem de dentro”. (ROGERS, 1980, p. 100)

Rogers diz ainda que neste tipo de relacionamento:

O cliente sente-se confirmado (para usar o termo de Buber) não somente no que ele é, mas em suas potencialidades. Pode afirmar-se, temerosamente de estar certo, como uma pessoa única, separada. Pode tornar-se o arquiteto de seu próprio futuro através do funcionamento de sua consciência. O que isso quer dizer é que já que ele está mais aberto à sua experiência, pode permitir-se viver simbolicamente em função de todas as possibilidades. Pode consentidamente dar vida, em seus pensamentos e sentimentos, aos impulsos criativos dentro de si mesmo, às tendências destrutivas que ele descobre dentro de si, ao desafio do crescimento, ao desafio da morte. Pode fazer face, em seu consciente, ao que para ele significa *ser*, e o que lhe significa não ser. Torna-se uma pessoa humana autônoma capaz de ser o que é e de escolher seu caminho. Este é o resultado da terapia. (*idem*, p. 100-101)

Embora nenhum dos autores citados neste tópico tenha tratado especificamente do tema (ou do termo) humanização – que é mais novo que suas produções –, é a partir do embasamento fornecido por suas concepções e interpretações das relações humanas que trataremos da humanização normativa, presente nos Projetos Pedagógicos dos Cursos, bem como das percepções dos docentes de cursos de graduação em saúde sobre o tema da humanização e de sua vinculação com a formação dos futuros profissionais. Em síntese:

Quadro 3 – O conceito de humanização a partir de algumas perspectivas

FONTE	DEFINIÇÃO DE HUMANIZAÇÃO	PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS	OBJETIVOS	DIFICULDADES E OBSTÁCULOS	LÓCUS
<b>A PNH através dos documentos normativos</b>	Oferta e a prática de ações (inclusive de atendimento) de qualidade, que contemplem os avanços tecnológicos, o uso de materiais e técnicas e também o acolhimento, a promoção de melhores ambientes de cuidado e de relações de trabalho saudáveis.	Valorização da dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão de saúde; estimulação da responsabilização dos atores do SUS; fortalecimento do trabalho em equipe (multiprofissional, transdisciplinar e grupal); utilização de espaços de informação, comunicação e educação permanente para a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos.	Redução das filas de espera e do tempo de espera para atendimentos (consultas, exames, cirurgias), ordenação dos serviços baseados em critérios de risco, garantia de acesso à informação e conhecimento por parte dos clientes de quem são os profissionais responsáveis por sua saúde. <b>Impactos esperados:</b> Melhores práticas de atendimento.	Precarização do trabalho em saúde; má gestão dos recursos públicos e corrupção; hegemonia do modelo biomédico; preconceitos em relação aos discursos e práticas da PNH.	SUS
<b>A PNH através das Produções científicas</b>	Conjunto de atitudes e práticas que aproximam e fortalecem o contato entre os profissionais de saúde e seus clientes, motivadas pela compreensão, a valorização das pessoas e por princípios éticos e humanos.	Valorização da qualidade do cuidado; observância não somente do bem-estar dos clientes, mas também a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento de seus direitos; avaliação dos processos de trabalho; formação permanente.	Superação do modelo biomédico de saúde; incentivo às práticas humanizadoras em saúde; utilização de ferramentas para a construção de vínculos e de práticas de saúde que extrapolem a visão fragmentada do cuidado; articular redes de atenção e produção de saúde em gestão compartilhada, garantindo o acesso aos usuários com qualidade e resolubilidade. <b>Impactos esperados:</b> Mudança de atitude dos profissionais de saúde.	Carência de recursos financeiros; má gestão do dinheiro e bens públicos; desvalorização dos trabalhadores da saúde; enfraquecimento de seu poder de articulação e transformação social.	SUS
<b>A humanização além da PNH</b>	Práticas de saúde que fogem do lugar habitual, que rompem com a lógica hegemônica dos cuidados pautados pelo modelo biomédico e mecanicista.	Valorização da dimensão humana; consideração de questões que normalmente escapam ao fazer cotidiano dos espaços de trabalho e de saúde; reconhecimento da alteridade e da fala do outro; ética.	Desmascarar e desvelar as linguagens e concepções cotidianas, desmistificar ideias e incentivar criativamente o potencial dos encontros inter-humanos nos espaços formais e não formais de saúde. <b>Impactos esperados:</b> Mudança do paradigma da Atenção à Saúde.	Posturas e atitudes fechadas ao diálogo; concepção reducionista das relações e das práticas de saúde	Ambientes de saúde formais e não formais



<p><b>Humanização e Psicologia</b></p> <p>Reconhecimento da pessoa não como um objeto ou objetivo de trabalho, mas como um sujeito; intencionalidade no estabelecimento de uma relação viva e recíproca.</p>	<p>Superação dos diálogos não-autênticos e não-genuínos; valorização do contato humano como formador de nossa própria identidade e subjetivação; identificação do contato humano como facilitador de relações de cura.</p>	<p>Saída do movimento egocêntrico do diálogo monológico para o verdadeiro encontro com o outro, onde há uma confirmação mútua entre os partícipes do encontro.</p> <p><b>Impactos esperados:</b> Mudança de comportamento e melhoria das relações humanas.</p>	<p>A tecnicidade dos diálogos; a não abertura para o contato humano; a falsidade nas relações, caracterizada pelo egoísmo e a necessidade de autossatisfação.</p>	<p>Relações humanas</p>
--	--	--	---	-------------------------

---

Fonte: elaborado pelo autor.

### 3.5 Formação profissional em saúde e humanização

Há uma forte tendência dos autores que se detém sobre a humanização em afirmar que a formação profissional – principalmente no que se refere aos cursos de graduação da área da saúde – oferece aos estudantes uma experiência educacional voltada para o conhecimento de métodos e procedimentos pautados em uma visão reducionista e cartesiana do sujeito, aqui comumente chamado de “indivíduo” (Condrade *et al* 2010; Silva e Menezes, 2002; Santos, Saunders e Baião, 2012; Filippon e Kantorski, 2012; Brito *et al.*, 2016). Embora a definição de indivíduo seja “aquilo que não pode ser dividido, indivisível” (além de “sujeito” e “ser humano”), na verdade o termo carrega consigo a ideia de partes reunidas, que podem (e devem) ser estudadas de maneira fragmentada.

As bases do ensino das disciplinas de saúde são apresentadas a partir de uma visão reducionista e mecanicista, baseada no pensamento tradicional cartesiano. Sob esta ótica, as relações de trabalho e de cuidados são distantes e impessoais. Além disso, os estudos apresentados anteriormente constataam que os currículos e programas de formação profissional para a saúde não incorporam os princípios e diretrizes de humanização da saúde.

[...] há uma discrepância entre os conhecimentos que se referem a técnicas para o estabelecimento de diagnóstico de doenças e os conhecimentos relativos à vida emocional dos pacientes. O que se ensina nos cursos da área de Saúde, sobretudo nos de Medicina, é o controle dos pacientes. As perguntas objetivas das anamneses e as decisões rápidas explicitam o domínio do médico sobre o paciente. A formação acadêmica nas faculdades e universidades tem sido quase que completamente determinadas pelo momento atual do mercado de trabalho, pela necessidade de atendimento em massa e pela falta de tempo para ouvir (SILVA; MENEZES, 2002. p. 73).

A partir desta visão quase unanime sobre a formação profissional no campo da saúde, também há o entendimento geral de que é só a partir das mudanças na própria formação que se pode alcançar uma transformação efetiva nos modos de produzir cuidado, especialmente aqueles que chamamos de humanizados. Os cursos de graduação em saúde, portanto, conduzem uma grande parcela de responsabilidade pelas mudanças almejadas pela humanização em saúde. Os próprios documentos normativos relativos à PNH indicam como estratégia geral para a plena consumação da política de humanização que “a PNH componha o

conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-as aos Polos de Educação Permanente e às instituições formadoras”. (BRASIL, 2004a, p. 11). A investigação sobre a presença da PNH na formação de cursos de graduação em saúde é justamente o objeto central deste projeto de pesquisa.

Assim sendo, partimos da premissa de que a formação profissional e humanização tem impacto direto nos processos visualizados na assistência à saúde. Com isso em mente, temos a educação como base para a mudança dos processos de saúde. Tal constatação (de que a base para qualquer mudança está na educação), embora já tenha sido feita inúmeras vezes, é primordial para compreender de que qualquer esforço no sentido de humanizar a saúde será fatalmente em vão se a ele for negligenciado a transformação da formação acadêmica, especialmente no nível da graduação.

[...] A base parece ser então a questão da educação. Percebe-se que há um esfacelamento do processo educacional. Parece colocar-se um momento ímpar para se pensar a formação profissional. Espera-se que haja um “profissional-cidadão”, formado para o exercício da cidadania e implicado com suas ações. Uma formação vinculada e pautada nessa ética jamais se furtará a encontros na vida e assim sendo, sua atuação profissional será radicalmente diferenciada do modelo vigente. A crise não é só da saúde, mas dos paradigmas para se pensar as questões da contemporaneidade (SILVA; MENEZES, 2002. p. 74).

Nesse momento, tratamos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação, especificamente os da área da saúde. Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394/1996), o ensino superior passou a ter maior flexibilidade na organização curricular dos cursos de graduação, revisando profundamente os entraves e burocracias e atualizando as necessidades de formação profissional. As DCN dos cursos de graduação, segundo o Parecer do Conselho Nacional de Educação – CNE/Câmara de Educação Superior (CES) nº 583/2001, devem, entre outras obrigações: a) assegurar a liberdade por parte das IES na composição da carga horária para a integralização dos currículos; b) indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas; c) incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa (BRASIL, 2001a).

Já o Parecer nº 776/1997 apresenta alguns dos elementos que as novas diretrizes curriculares deveriam contemplar, dentre eles a consideração da “dimensão humanística” na formação em nível de graduação:

Entende-se que as novas diretrizes curriculares devem contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Devem também pautar-se pela tendência de redução da duração da formação no nível de graduação. Devem ainda promover formas de aprendizagem que contribuam para reduzir a evasão, como a organização dos cursos em sistemas de módulos. Devem induzir a implementação de programas de iniciação científica nos quais o aluno desenvolva sua criatividade e análise crítica. Finalmente, devem incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania (BRASIL, 1997, p. 02)

As DCN de alguns cursos de graduação em saúde, especificamente aqueles que serão objeto deste estudo, apresentam considerações sobre a humanização ou, como citado acima, a preocupação com as “dimensões humanísticas”. As DCN para os cursos de graduação em **Educação Física** estabelecem que o curso “deverá assegurar uma formação generalista, humanista e crítica, qualificadora da intervenção acadêmico-profissional, fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta ética” (BRASIL, 2004c, p. 01).

As DCN do curso de graduação em **Enfermagem** afirmam que a formação visa “o exercício das seguintes competências e habilidades: [...] atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas”, além da consideração de compromissos éticos, humanísticos e sociais. (*idem*, 2001b, p. 03). Além disso, o curso de Enfermagem é um dos poucos que cita literalmente o SUS e a humanização do atendimento em suas DCN.

As DCN do curso de graduação em **Odontologia** também discorrem sobre a necessidade de uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, além da necessidade de atuação do egresso “em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o” (*idem*, 2002a, p. 02).

As DCN do curso de graduação em **Medicina** além discorrerem sobre a inclusão das dimensões éticas e humanísticas na estrutura do curso, também falam da integralidade das ações do cuidar em medicina, concretizados dentre outros aspectos através da “prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde” (*idem*, 2014a).

Finalmente, as DCN do curso de graduação em **Psicologia** não trazem qualquer referência à humanização ou a consideração de uma “formação humanística”, mas versam sobre o “reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano”, além do “incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico” (*idem*, 2011a, p. 01).

Apresento a seguir um quadro-resumo com as referências à humanização ou às “dimensões humanísticas” contidas nas DCNs dos cursos tratados anteriormente:

Quadro 4 – Conteúdos relacionados à humanização presentes nas DCNs

Nº	PROFISSÃO	CONTEÚDOS DE HUMANIZAÇÃO
1	<b>EDUCAÇÃO FÍSICA</b>	<p>Art. 4º O curso de graduação em Educação Física deverá assegurar uma <b>formação generalista, humanista e crítica</b>, qualificadora da intervenção acadêmico-profissional, fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta ética.</p> <p>Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional: I - Enfermeiro, com <b>formação generalista, humanista, crítica e reflexiva</b>. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.</p> <p>Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: I – atuar profissionalmente, <b>compreendendo a natureza humana</b> em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas.</p> <p>[...] XIII – assumir o <b>compromisso ético, humanístico e social</b> com o trabalho multiprofissional em saúde.</p> <p>[...] XXVII – respeitar os <b>princípios éticos, legais e humanísticos</b> da profissão.</p>
2	<b>ENFERMAGEM</b>	<p>Parágrafo Único. 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 <b>humanização do atendimento</b>.</p> <p>Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar: [...] III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se: [...] b) Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os <b>princípios éticos, legais e humanísticos</b> inerentes ao cuidado de Enfermagem.</p> <p>Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar: [...] VIII - a <b>valorização das dimensões éticas e humanísticas</b>, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade.</p>
3	<b>MEDICINA</b>	<p>Art. 3º O graduado em Medicina terá <b>formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética</b>, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.</p>

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar: [...] II - **integralidade e humanização do cuidado** por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde.

Art. 12. A ação-chave Identificação de Necessidades de Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores: [...] III - Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas: [...] c) informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de **forma ética e humanizada**, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis.

Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com **formação generalista, humanista, crítica e reflexiva**, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

#### 4 ODONTOLOGIA

Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: [...] II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e **comprometidos com o ser humano**, respeitando-o e valorizando-o.

Art. 3º O curso de graduação em Psicologia tem como meta central a formação do psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, e deve assegurar uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos: [...] III - reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para **compreensão do ser humano** e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico.

#### 5 PSICOLOGIA

[...] V - atuação em diferentes contextos, considerando as **necessidades sociais e os direitos humanos**, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades.

Fonte: elaborado pelo autor.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo e abordagem do estudo**

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir da abordagem qualitativa do tipo exploratória, tendo como princípio maior a familiarização com o problema em questão, a saber, a integração da humanização na formação das profissões da saúde a partir do discurso dos Projetos Pedagógicos e da percepção de docentes dos cursos de graduação de Instituições de Ensino Superior públicas.

A abordagem qualitativa representa uma proposta metodológica de características menos estruturadas e rígidas do que a pesquisa quantitativa, permitindo ao investigador o exercício da criatividade e da imaginação. Essa possibilidade abre novos horizontes de pesquisa, favorecendo ao pesquisador o desenvolvimento de novos olhares e perspectivas sobre os elementos, fenômenos e realidades estudadas.

O método qualitativo é o que melhor se aplica à busca de respostas dentro do estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de sua cultura, comportamentos, sentimentos e ideias (MINAYO, 2014).

Dessa forma, a pesquisa qualitativa não tenta apenas enxergar, compreender e absorver a diversidade e as várias nuances da realidade, mas o faz de maneira diversa, utilizando ferramentas ativas, participativas e que consideram a natureza do pesquisador, à saber, implicado, sensível e com uma série de conhecimentos: os prévios – aqueles que motivam a pesquisa através das problematizações e hipóteses – e aqueles que serão adquiridos durante o percurso da investigação científica.

Tuzzo e Braga (2016) reforçam que os pesquisadores dessa área utilizam diversas práticas interpretativas interligadas, tendo como objetivo último a melhor compressão do assunto que estará ao seu alcance. Esta ideia reforça a certeza de que cada decisão metodológica garante uma percepção de mundo única e diferenciada.

Para Minayo (2014), a abordagem qualitativa deve ter como preocupação inicial o entendimento sobre os fundamentos que permeiam a prática que se dá na realidade, e



empenha-se em atingir um nível de realidade que não poderia de forma alguma ser traduzido em números. Neste sentido, a pesquisa qualitativa compreende que é essencial a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados, bem como os conteúdos analisados.

Por sua vez, Brito (2014), considerando que na pesquisa qualitativa tanto o pesquisador quanto os sujeitos estão envolvidos no processo de construção do conhecimento, afirma que é fundamental que o investigador incorpore a prática da reflexividade. A reflexividade “funciona como um exame minucioso, questionador e permanente dos achados da pesquisa, do pesquisados e dos participantes envolvidos”.

Na questão da reflexividade Minayo e Guerriero (2014) reforçam que,

Embora seja um aspecto pouco discutido, faz parte da ética, a necessidade de o pesquisador observar-se a si mesmo e a seu comportamento no campo, visando a uma postura de respeito para com seus interlocutores, num movimento conhecido como “reflexividade”. A rigor, nesses estudos empíricos há um processo de mão dupla: tanto o pesquisador conhece as pessoas e as comunidades em estudo, quanto se torna conhecido por elas. Igualmente não só os indivíduos e as comunidades se modificam diante do pesquisador, como também o pesquisador modifica a si mesmo e a sua atuação, dependendo da empatia e do envolvimento que cria com os interlocutores. Nesse tipo de trabalho, tanto o investigador quanto os participantes são simultaneamente sujeito e objeto de investigação. (p. 1106).

## 4.2 Cenário do Estudo

Os cenários do estudo foram os cursos de graduação em saúde pertencentes às IES públicas de um município de médio porte do interior do Nordeste brasileiro. Este município está situado no semiárido nordestino, e em 2017 possuía uma população estimada de 205.529 habitantes (IBGE, 2017), dispostos em uma área total de 1.729Km<sup>2</sup>.

O município em questão possui duas universidades públicas (uma estadual e um *campus* de uma universidade federal), além de um Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia. Os cursos da área da saúde existentes na cidade (considerando a Resolução nº 287/1998 do CNS, que explicita que categorias profissionais de nível superior são relacionadas como da área da saúde) são: Educação Física (modalidade bacharelado), Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia. Vale ressaltar que no município da pesquisa, até o momento da conclusão deste trabalho, o mesmo curso não era oferecido em

mais de uma IES pública e não havia nenhum curso da área da saúde presente no Instituto Federal.

A origem das IES locais tem a ver, como será visto mais adiante nos resultados e discussão, com dois movimentos diferentes: a influência da igreja católica (especificamente no século XX) e o processo de interiorização do ensino superior no Brasil, marcadamente durante a primeira década do século XXI. Sobre esse último movimento, Barros (2015), afirma que em dez anos (2001-2010) as matrículas em cursos superiores (presenciais e a distância) mais que dobraram: de 3.036.113, em 2001, passaram para 6.379.299, em 2010 (p. 363).

Ainda segundo a autora

Apesar do total de matrículas (federais, estaduais, municipais e privadas) ter alcançado um crescimento de 110% nesse período, o fato é que a rede privada continua sendo a grande responsável pela Educação Superior no país. Portanto, mesmo com o aumento de 944.584 para 1.643.298 estudantes matriculados nas IES públicas, isso não foi suficiente para alterar a predominância da rede privada, que deteve 68,9% do total geral de matrículas registradas em 2001 e atingiu 74,2% em 2010; enquanto nas redes públicas a participação caiu de 31,1% para 25,8%. (*idem*, p.364).

Esta característica também é percebida no cenário local. O surgimento e o desenvolvimento de novas faculdades, centros universitários e institutos de ensino particular, ou mesmo da possibilidade do acesso a formações à distância, está claramente em ascensão. Neste estudo, porém, o cenário do ensino superior particular não foi considerado.

Para esta pesquisa também foi feita a escolha de não citar nominalmente o estado da federação, a cidade ou as IES onde se desenvolveu o estudo. A razão disso reside justamente nas questões apresentadas anteriormente: como não há mais de um curso em IES diferentes, e apenas duas IES públicas, foi preferível omitir os nomes próprios para resguardar o sigilo e garantir a manutenção da privacidade dos participantes da pesquisa (docentes dos cursos de graduação) e também daqueles que autorizaram sua realização (coordenadores dos cursos, diretores de centro, departamento, ou *campus*, pró-reitores, etc.).

### 4.3 Período do Estudo

Por tratar-se de uma dissertação de mestrado, este estudo foi desenvolvido durante o período de março de 2016 a agosto de 2018, incluindo todas as suas etapas.

### 4.4 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram selecionados de forma intencional, constituindo assim, uma amostra intencional ou de seleção racional ou ainda por tipicidade (RICHARDSON *et al.*, 1999, p. 161; MARCONI; LAKATOS, 2001, p. 108), na qual elementos que formam a amostra relacionam-se intencionalmente de acordo com certas características estabelecidas no plano e nas hipóteses formuladas pelo pesquisador. Desse modo, considerando a importância de investigar o objeto de estudo na realidade do ensino superior, especificamente no campo da saúde, a amostra intencional apresenta-se como representativa do universo.

A amostragem intencional é baseada no pressuposto de que o conhecimento do pesquisador sobre a população a ser estudada pode ser usado para pinçar os casos a serem incluídos na amostra. Conforme Polit, Beck, Hungler, (2004, p. 229), o pesquisador pode decidir selecionar, propositalmente, a maior variedade possível de respondentes, ou escolher sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão, ou ainda particularmente conhecedores do assunto em estudo.

A escolha deste tipo de amostragem justifica-se, como aponta Pires (2008, p. 154), por ser próprio da pesquisa qualitativa, de ser flexível e descobrir-construir seus objetos, à medida que a pesquisa progride. Consequentemente, a amostra pode sofrer modificações no decorrer do processo, em relação ao delineamento do estudo. Da mesma forma, é difícil, ou mesmo impossível descrever o procedimento de amostragem sem fazer referência ao projeto de construção progressiva do objeto como um todo, portando existe um componente razoavelmente grande de imprevisibilidade.

Pelas razões apontadas, a escolha dos participantes do estudo se apresenta da seguinte maneira:

- 1 professor do curso de Educação Física (bacharelado);
- 1 professor do curso de Enfermagem;
- 1 professor do curso de Medicina;
- 1 professor do curso de Odontologia;
- 1 professor do curso de Psicologia.

Desta forma, os participantes do estudo totalizaram 5 professores. Os critérios de inclusão utilizados para selecionar os sujeitos do estudo foram: ser professor do curso há pelo menos um ano, participar ou já ter participado do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso; e ter ocupado algum cargo de coordenação (coordenação de graduação, estágio, internato, clínica, etc.).

#### **4.5 Técnicas para coleta de dados**

Este estudo teve como técnicas de coleta de dados a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada.

##### ***4.5.1 Pesquisa documental***

Como um dos métodos para a coleta das informações foi realizada uma pesquisa documental junto aos Projetos Pedagógicos dos Cursos. Esta etapa buscou investigar a existência de elementos relacionados à temática em estudo, de forma a serem explorados e interpretados segundo os objetivos propostos pela pesquisa. Para esta etapa foi utilizado um roteiro de extração de dados (APÊNDICE A), construído para captar dentro da diversidade dos Projetos Pedagógicos elementos relacionados à humanização.

A estratégia de pesquisa documental é característica dos estudos que utilizam documentos como fonte de dados, informações e evidências (MARTINS, THEÓPHILO, 2009, p. 55).

Segundo Lakatos e Marconi (2010), a principal característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Utilizando essas variáveis – fontes escritas ou não; fontes primárias ou secundárias; contemporâneas ou retrospectivas – podemos apresentar um quadro que auxilia a compreensão do universo da pesquisa documental. A pesquisa documental se serve de fontes primárias, que são os materiais compilados pelo próprio autor do trabalho, que ainda não foram objeto de análise e que ainda podem ser reelaborados de acordo com os propósitos da pesquisa.

A obtenção dos PPCs se deu através de solicitação junto às coordenações dos cursos de graduação, mediante prévia anuência das instâncias superiores das universidades pesquisadas. Todas as informações constantes neste trabalho se baseiam nos documentos fornecidos pelas coordenações, ou ainda sobre eventuais documentos e informações relacionadas a eles fornecidas durante a fase de entrevista semiestruturada com os docentes.

#### ***4.5.2 Entrevista semiestruturada***

A segunda técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, sendo aplicada aos sujeitos da pesquisa a partir de um roteiro (APÊNDICE B) construído para assimilar o conhecimento dos docentes sobre elementos relacionados à humanização presentes na formação acadêmica, no nível de graduação.

Esta fase da pesquisa compreendeu a seleção e a abordagem de docentes dos cursos de graduação, baseados nos critérios de inclusão apresentados na seção *Participantes do Estudo*. Sendo assim, foram entrevistados cinco docentes, sendo um de cada curso de graduação pesquisado.

Lakatos e Marconi (2010) afirmam que a entrevista é um encontro entre duas pessoas, onde uma delas busca obter informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. Trata-se, portanto, de um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

As entrevistas constituem-se uma porta de acesso às realidades sociais, apostando

na capacidade de entrar em relação com as outras (POUPART, 2008, p. 215). Por outro lado, as realidades sociais não se deixam apreender-se facilmente, sendo transmitidas através do jogo e das questões de interação social que a entrevista implica.

Estas realidades sociais são informações obtidas por meio do *roteiro de entrevista* (HAGUETTE, 2001, p. 86; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004) constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com o problema de pesquisa. Para uma boa elaboração, realização e análise, a pesquisa precisa permanecer aberta à possibilidade de que os conceitos e as variáveis que emergem podem ser muito diferentes daqueles previstos no início (POPE; MAYS, p. 23).

Conforme Minayo (2014, p. 191-192), o roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas e absorva novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância. Cada questão do roteiro deve fazer parte do delineamento do objeto, de forma que todos os tópicos em conjunto se encaminhem para dar-lhe forma, conteúdo e contribuam para enfatizar as relevâncias previstas no projeto e a dos informantes.

É importante dizer que foi realizado um pré-teste do roteiro de entrevista com um docente de um curso de graduação em saúde de uma IES particular, que estava ciente de que nenhum dado obtido através da entrevista seria analisado nesta pesquisa. Desta forma, a partir desta experiência inicial, foram feitos alguns ajustes nos tópicos e nas perguntas, a fim de adequá-los à compreensão dos entrevistados e eliminar perguntas repetidas ou confusas.

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas em meio digital de voz (mediante prévia anuência dos participantes) e posteriormente transcritas na íntegra. Lakatos e Marconi (2010) confirmam que o uso do gravador é ideal, se o informante concordar com a sua utilização. As entrevistas tiveram duração média de 28 minutos, sendo que a mais curta durou 17 minutos e a mais longa 37 minutos.

Os entrevistados tiveram total liberdade para não responder qualquer pergunta constante no roteiro, ou mesmo de desistir da entrevista ou retirar seu consentimento em participar da pesquisa. Nenhum deles usufruiu de qualquer uma destas prerrogativas.

## 4.6 Técnicas para análise dos dados

Tanto a fase de pesquisa documental quanto a fase de entrevista semiestruturada foram direcionadas para a apreensão dos conteúdos existentes nas falas e nos escritos que apresentassem relação com a temática da humanização e a presença deste elemento nas formações da saúde, no nível da graduação. Desta forma, o roteiro de extração de dados e o roteiro de entrevista visaram obter informações sobre a presença de conteúdos sobre a humanização, que noções sobre o assunto são apresentadas pelos PPCs e pelos discursos dos docentes, como se dá a percepção dos docentes sobre a presença (ou a ausência) de conteúdos da humanização nos PPCs e o prognóstico da humanização na formação profissional.

Considerando as diferenças e peculiaridades entre os procedimentos de coleta de dados e a natureza das informações obtidas através deles, optou-se por utilizar dois métodos de organização e análise dos dados: a Análise de Conteúdo para a pesquisa documental e o Discurso do Sujeito Coletivo para as entrevistas.

### 4.6.1 Análise de conteúdo

A pesquisadora Laurence Bardin (2011) afirma que a análise de conteúdo, como técnica de tratamento de dados, utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção desta ferramenta é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2011, p. 37).

Triviños (1987, p. 159) acrescenta que ao lado do estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, a análise de conteúdo desvenda as ideologias que podem existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes, que à simples vista não se apresentam com a

devida clareza.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura do primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material, aponta Minayo (2014, p. 308). Todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características, como as variáveis psicossociais, o contexto cultural e o processo de produção da mensagem.

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três etapas básicas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011; MINAYO, 2014; TRIVIÑOS, 1987).

a) Pré-Análise: Nesta etapa é feita a escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. O investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas e elaborar alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. Esta etapa abrange subetapas como a *leitura flutuante*, que consiste em um contato direto e intenso com o material de campo, onde a dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais capaz de ultrapassar a sensação de desorganização inicial. A *constituição do corpus* diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, o que deve responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade, que implica no material contemplar todos os aspectos levantados no roteiro; representatividade, que ele tenha as características essenciais do universo de estudo pretendido; homogeneidade, que tenham sido obedecidos os critérios de escolha dos temas tratados, as técnicas empregadas e os atributos dos sujeitos pesquisados e pertinência que atribui aos documentos analisados adequabilidade às respostas fornecidas aos objetivos do trabalho. A *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos* é o processo que consiste na retomada da etapa exploratória tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indagações iniciais. Ao se falar em reformulação de hipóteses, abre-se a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou novas indagações. Ainda durante esta fase, determinam-se as



unidades de registro, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

- b) Exploração do Material – esta etapa consiste numa operação classificatória visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para a realização plena desta fase, o investigador busca encontrar *categorias* ou expressões/palavras significativas em função das quais o contexto de uma fala será organizado. Apresenta-se como uma redução do texto às palavras e expressões significativas. De toda a análise surgem quadros de referências. Esta etapa consiste na codificação, categorização e quantificação das informações presentes no material e estas informações que constituem o *corpus* é submetido a um estudo orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos.
- c) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação – Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos. Operações estatísticas simples ou mais complexas permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. A análise deve ser aprofundada, tratando de desvendar o conteúdo latente que o material possui, abrindo perspectivas para descobrir ideologias ou tendências dos fenômenos sociais, mostrando-se dinâmica, estrutural e histórica.

#### ***4.6.2 Discurso do Sujeito Coletivo***

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Essa lógica visa o rompimento do pensamento quantitativo-classificatório na medida em que se busca resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos (LEFÈVRE *et al.*, 2000).

O DSC organiza e tabula dados qualitativos de natureza verbal, obtidos através de entrevistas, depoimentos, artigos de jornal, cartas, etc., e analisa as ideias centrais e/ou

ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave extraídas dos relatos e enunciados.

O Sujeito Coletivo se expressa, então, através de um discurso emitido no que se poderia chamar de *primeira pessoa* (coletiva) *do singular*. Trata-se de um *eu* sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse *eu* fala pela ou em nome de uma coletividade. Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social. [...] Partindo-se do suposto que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos sobre um dado tema, o Discurso do Sujeito Coletivo visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social. [...] O Discurso do Sujeito Coletivo é, em suma, uma forma ou um expediente destinado a fazer a coletividade *falar* diretamente. (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2003, p. 16).

A técnica utiliza algumas figuras metodológicas: as Expressões-Chave (ECH); as Ideias Centrais (IC); a Ancoragem (AnC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (*idem*, p. 17-18):

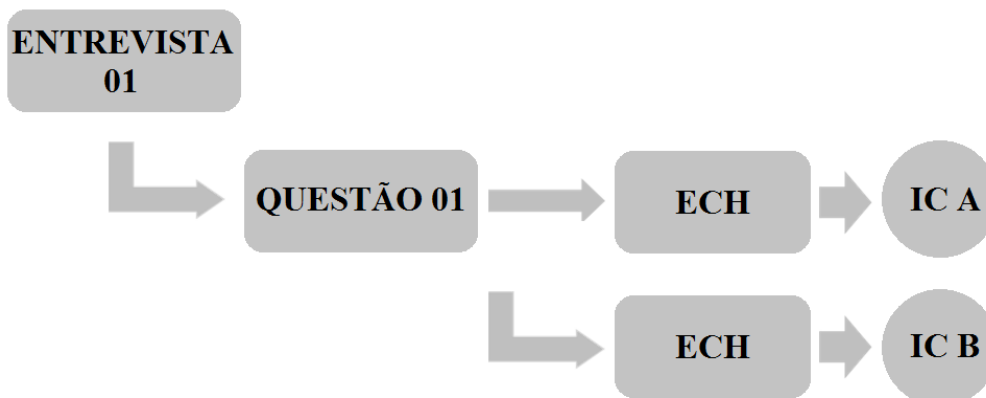
- a) As ECH são pedaços, trechos ou transcrições literais dos discursos, que devem ser destacadas e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento (que, em geral, correspondem às questões de pesquisa). A identificação das ECH representa a matéria-prima para a elaboração do DSC.
- b) A IC é um nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar origem, posteriormente, ao DSC. É importante destacar que a IC não representa uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou conjunto deles.
- c) Algumas ECH remetem não a uma IC correspondente, mas a uma figura metodológica que denomina-se ancoragem (AnC), que é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica.

- d) O DSC é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chaves (ECH) que tem a mesma ideia central (IC) ou ancoragem (AnC).

Para fins ilustrativos, os procedimentos para elaboração dos DSCs neste trabalho foram divididos em duas etapas distintas e complementares:

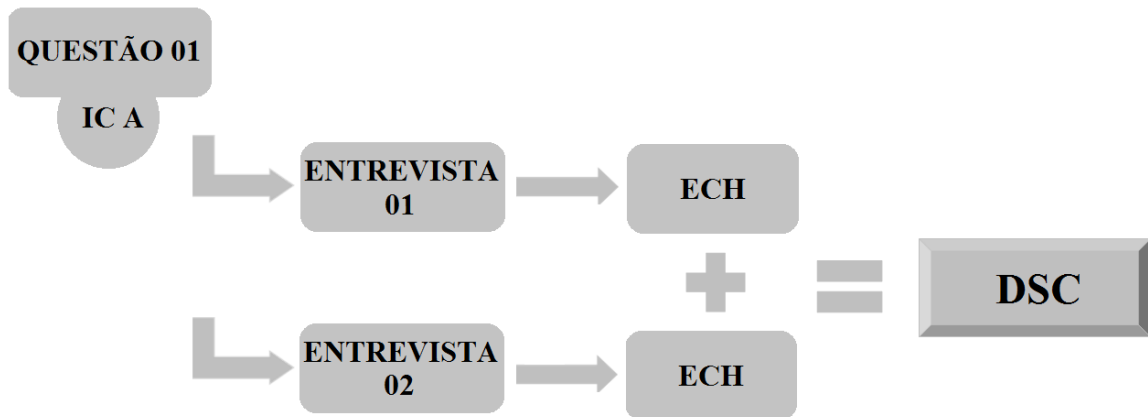
- a) Etapa 1: Transcrição das entrevistas; inserção do texto de cada questão na primeira coluna do Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1 – Apêndice C); seleção das ECH de cada uma das perguntas; e identificação das IC/AnC de cada uma das ECH (Figura 01).
- b) Etapa 2: Transposição das ECH de cada IC/AnC (de todos os sujeitos para cada questão) para a primeira coluna do Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2 – Apêndice C); Transposição das ECH da primeira para a segunda coluna do IAD2, onde se efetuará a edição do texto, colocando-o na primeira pessoa do singular, eliminando as passagens que identificam sujeitos, locais e situações específicos, e colocando-se expressões de ligação adequadas à inteligibilidade do DSC (Figura 2).

Figura 1 – Procedimento para a elaboração dos DSC (Etapa 1)



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 2 – Procedimento para a elaboração dos DSC (Etapa 2)



Fonte: elaborado pelo autor.

Segue abaixo um exemplo que ilustra como se compõe, através de várias expressões-chave de vários depoimentos de diferentes pessoas, um discurso-síntese:

Quadro 5 – Exemplo de construção de um DSC

QUESTÃO	IDEIA CENTRAL	ENTREVISTA	ECHs	DSC
<p><b>Questão 6: Como o(a) Sr.(a) poderia mensurar e classificar o espaço que o ensino da humanização ocupa no currículo deste curso?</b></p>	<p><i>Ideia central 8: A humanização como elemento difuso / abstrato / de caráter individual nas formações acadêmicas e na prática profissional.</i></p>	<p>SUJEITO 01</p> <p>SUJEITO 02</p> <p>SUJEITO 03</p> <p>SUJEITO 04</p>	<p>“Eu acredito que ele apareça inconscientemente [...].”</p> <p>“Mas assim, dependendo do docente ele consegue dentro de um módulo onde ele está discutindo o pré-natal da gestante, pensar na humanização desse processo do pré-natal. Mas vai depender muito da abordagem daquele docente, e da forma que aquele estudante vai vivenciar isso.”</p> <p>“E acaba que vai depender muito dessa formação extracurricular, que eu acho que a extensão, os grupos de pesquisa podem ajudar, e ajudam bastante.”</p> <p>“Mensurar não dá para mensurar. [...] eles têm cinco disciplinas de saúde coletiva, que é diluída ao longo do curso.”</p>	<p><i>Mensurar não dá para mensurar. Eu acredito que ele apareça inconscientemente. Eles têm cinco disciplinas de saúde coletiva, que é diluída ao longo do curso. Mas assim, dependendo do docente ele consegue dentro de um módulo onde ele está discutindo pensar na humanização. Mas vai depender muito da abordagem daquele docente, e da forma que aquele estudante vai vivenciar isso. E acaba que vai depender muito dessa formação extracurricular, que eu acho que a extensão, os grupos de pesquisa podem ajudar, e ajudam bastante.</i></p>

Fonte: elaborado pelo autor.

#### 4.7 Aspectos éticos e legais do estudo

Este trabalho, desde a concepção do Projeto de Pesquisa, passando pela execução das etapas de coleta de dados, consolidação e análise dos mesmos, e a posterior divulgação dos resultados do estudo, está pautado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

De acordo com aquela resolução, este estudo incorporou os referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (*idem*).

Todos os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades, garantindo seu consentimento livre e esclarecido (*idem*). Para isso, todos subscreveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE D), para que a liberdade de escolha em participar ou não da pesquisa fosse respeitada e registrada. Foi garantido ainda que todas as informações obtidas sejam mantidas em sigilo e utilizadas apenas para a finalidade da pesquisa científica.

O respeito aos sujeitos participantes da pesquisa, bem como às informações por eles prestadas foi garantido através de sua livre participação e anuência, manutenção do sigilo e privacidade durante todas as fases da pesquisa, além da consideração sobre os riscos e benefícios atrelados ao processo de pesquisa.

Além do TCLE, também foi utilizada a Carta de Anuência de Pesquisa pela Instituição de Ensino Superior (Apêndice E), que autorizou a realização desta pesquisa nas IES e garantiu o acesso aos PPCs.

A pesquisa deve trazer beneficência para os sujeitos envolvidos, para a comunidade acadêmica e para o campo da saúde, especialmente no tocante à ESF, pois pretende produzir conhecimento útil para estudantes, profissionais e gestores, além do fomento de reflexões e possíveis mudanças no cenário do ensino e da prática de saúde.

Objetivando justiça e equidade, certamente haverá relevância social na pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos envolvidos e minimização do ônus para os vulneráveis, garantindo a igual consideração dos interesses e não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária.

O Projeto foi submetido para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com aprovação pelo parecer nº 2.739.399 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 89614218.3.0000.5053.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Descrevendo os cenários do estudo

Neste subtópico serão apresentados os cenários da pesquisa, com informações obtidas a partir das etapas de coleta de dados, especialmente da análise documental. Esta pesquisa se debruçou sobre duas IES públicas, sendo uma delas estadual e a outra federal. Como forma de preservar a identidade e o sigilo das informações prestadas pelos docentes entrevistados, será apresentada a seguir uma caracterização geral destas IES e dos cursos da saúde que as compõe, sem citar nomes próprios ou informações que permitam identificá-las.

#### 5.1.1 Caracterização das Instituições de Ensino Superior

A Universidade Estadual pesquisada nasceu de uma iniciativa de religiosos, que no final da década de 1960 a criaram como universidade municipal. Suas primeiras atividades se deram junto ao seminário, instituição da igreja católica dedicada à formação dos candidatos ao sacerdócio. Os primeiros cursos da então universidade municipal foram Letras, História, Estudos Sociais e Filosofia. Posteriormente, com a criação de uma Fundação municipal, a Universidade passou a congregar as faculdades de Educação, Ciências Contábeis, Engenharia de Operações e Enfermagem e Obstetrícia.

Em meados da década de 1980 a Universidade torna-se estadual, adstrita à Secretaria de Educação do Estado e com personalidade jurídica de direito público, além de autonomia administrativa, financeira, patrimonial e disciplinar. Hoje em dia esta universidade conta com 26 cursos de graduação desenvolvidos na cidade da pesquisa, sendo 12 deles de licenciatura, 13 de bacharelado e um tecnológico. Também possui pós-graduações *lato* e *stricto sensu*, sendo que destes últimos dois são mestrados profissionais e dois mestrados acadêmicos.

Já a Universidade Federal pesquisada foi criada em meados da década de 1950, na capital do estado onde se desenvolveu esta pesquisa. Ela era constituída inicialmente pelos



curso de Agronomia, Medicina, Farmácia e Odontologia. Na década de 1960 recebeu seu nome atual e passou por sua primeira grande reestruturação.

No final da década de 1990 a Universidade Federal inicia seu processo de interiorização rumo ao município onde se deu esta pesquisa. Foi criado inicialmente o curso de Direito, incubado pela Universidade Federal e hoje fazendo parte do rol de cursos da Universidade Estadual apresentada anteriormente. No início dos anos 2000 instala-se o curso de Medicina; já no ano de 2006, foram implantados outros cinco cursos, dentre eles Odontologia e Psicologia. Os três últimos cursos citados são objetos deste estudo. Hoje em dia o *campus* local da universidade federal conta com 8 cursos de graduação e 3 cursos de pós-graduação *stricto sensu*, todos mestrados acadêmicos.

### ***5.1.2 Caracterização do curso de Educação Física***

O Curso de Educação Física pesquisado foi criado em 1985 e teve suas atividades iniciadas no ano seguinte. Em 1988 passou por sua primeira reformulação curricular, sendo que a última delas (a quarta) ainda está transcorrendo. Por conta desta última atualização, o PPC fornecido pelo curso de graduação para o desenvolvimento desta pesquisa foi o da modalidade Licenciatura.

O curso conta com carga horária de 3.740h, duração mínima de 4 anos (8 semestres) e ingresso semestral de estudantes (sendo 40 vagas por período, totalizando 80 vagas anuais). O currículo do curso é dividido em disciplinas obrigatórias, disciplinas optativas, estágios supervisionados, atividades complementares e Trabalho de Conclusão de Curso.

Quanto aos espaços de atuação profissional, o próprio PPC do curso trata de explicitar uma questão que tem gerado intensas discussões e conflitos dentro da área de conhecimento da educação física (SOARES, 2011; PIZANI, BARBOSA-RINALDI, 2014; SILVA, 2009). Segundo o documento, há uma tensão interna entre os graduados pertencentes à comunidade de profissionais de Educação Física, por conta das disputas pelo direito de inserção nos diferentes campos de atuação. Essa disputa está relacionada com a fragmentação da formação em licenciatura e bacharelado. Discute-se principalmente sobre a legitimidade e

a legalidade da atuação dos *licenciados* e *bacharéis* em determinados espaços de trabalho.

*A questão da defesa de mercado de trabalho no interior da Educação Física é uma polêmica que se arrasta desde quando as licenciaturas predominavam na titulação do graduado em Educação Física. Com o advento da Resolução CNE/CP 1 de 2002, que instituiu as DCN para a formação de professores da educação básica em licenciatura plena, provocou apelo pelo bacharelado e o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), delimitou áreas de atuação profissional para o licenciado (educação formal) e para o bacharel (espaços de atuação fora da escola básica). Essa delimitação tem sido objeto de tensão e de consulta ao MEC e aos MPFs por parte de IES em diferentes estados que formam o graduado em Educação Física. Documentos têm sido produzidos no sentido de dirimir dúvidas sobre a polêmica em questão. Para efeito de registro citam-se: ofício do MEC/CNE/CES nº 158 de 21/06/2013, expedido à Procuradoria da República de Goiás. Sentença do Processo de Ação Civil Pública impetrada pelo MPF do estado do Pará contra o (CONFEF). Processo nº 29134-90.2013.4.01.3900 de 28 de janeiro de 2014. (PPC do Curso de Educação Física, 2017).*

Silva (2009), discorrendo sobre a realidade de uma determinada graduação em Educação Física, aponta que

[...] o curso têm tido algumas implicações negativas devido à fragmentação da formação de Educação Física em licenciatura e bacharelado. O curso não apresenta uma identidade própria, como está previsto nas diretrizes, e isso também tem comprometido a identidade do profissional/professor em relação a ele próprio e à imagem que a sociedade tem dele, o que confunde e deteriora ainda mais a imagem da Educação Física como área de conhecimento. As restrições impostas aos estudantes, no campo dos estágios, e aos profissionais, no campo do trabalho podem ser ainda mais agravantes em um estado nordestino, onde as condições de emprego são comprometidas por uma situação socioeconômica já bastante prejudicada. (p. 51).

Sobre os diferentes aspectos da formação e da atuação profissional dos egressos, bem como o possível impacto das rupturas e discordâncias no fazer do educador físico (seja ele licenciado ou bacharel), o PPC do curso de Educação Física pesquisado diz que

*O entendimento sobre o polêmico assunto é o de que não cabe à Universidade, delimitar ou arbitrar no documento Proposta Pedagógica de Curso (PPC) de formação de graduados em Educação Física, o local da atuação profissional do licenciado e ou do bacharel. O que o documento deve explicitar é a sua sintonia dos projetos pedagógicos com as Resoluções e Pareceres do MEC que constituem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e com a observância da orientação do Conselho Estadual de Educação [...]. Esta posição posta no PPC do Curso de graduação em Educação Física da Universidade, não significa encerrar a discussão*

*no interior do Curso. Esta será uma questão sempre presente nos debates acadêmicos, muito influenciada pela dinâmica social, que produz argumentos para explicá-la. Nesse caso, a universidade se apresenta como locus imprescindível para encampar discussões sobre este e outros temas, sem a necessidade de fechamento de questão.* (PPC do Curso de Educação Física, 2017).

Após a exposição deste dilema, cabe dizer que o PPC que foi disponibilizado para o desenvolvimento desta pesquisa apresenta como campo de atuação: “a docência em distintos níveis de ensino e campos de intervenção da Educação Física”, além da possibilidade do egresso de “trabalhar como servidor público, como profissional ligado à iniciativa privada ou como profissional liberal criando o seu próprio empreendimento”.

### **5.1.3 Caracterização do curso de Enfermagem**

O curso de Enfermagem pesquisado foi criado inicialmente como Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, no ano de 1971. Tornou-se curso de Enfermagem com habilitação em Obstetrícia no ano de 1975, por conta da extinção da profissão de Obstetiz. Entretanto, foi reconhecido pelo MEC apenas em 1979. Passou por uma série de reestruturações curriculares até a última, em 2017.

O curso de Enfermagem apresenta carga horária total de 5.000h, divididas em 10 semestres (5 anos de formação) e tem ingresso semestral de alunos (40 vagas por semestre, 80 vagas anuais). Já o currículo é organizado de maneira modular, o que segundo o PPC é um aspecto facilitador dos processos de interdisciplinaridade e integralização dos conteúdos. Há dois tipos de módulo: os longitudinais (como Atenção Primária à Saúde – APS e Desenvolvimento Humano e Profissional – DHP) e os sequenciais. Nos últimos os conteúdos estão interligados na perspectiva de atingir os objetivos e as competências propostas no PPC. Ao todo o curso possui 47 módulos, sendo 46 obrigatórios e 01 eletivo, além do internato e das atividades complementares, que também são elementos obrigatórios.

As últimas modificações curriculares foram motivadas em grande medida pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Este programa tem como objetivo favorecer e efetivar a integração entre ensino e serviço, visando à reorientação da formação profissional e garantindo uma abordagem integral do processo

saúde-doença com ênfase na Atenção Básica.

Sobre o Pró-Saúde o PPC afirma que

*Este teve grande impacto no Curso de Enfermagem, uma vez que o corpo discente e docente de forma articulada construiu um projeto para concorrer aos recursos para a realização do processo de reorientação da formação do profissional de Enfermagem. Com os recursos provenientes desse projeto foi possível a estruturação de ilha digital com computadores, bem como foram viabilizados momentos com assessoria pedagógica, promovendo estudos para o processo de transição da matriz anterior para uma nova matriz modular. Esta proposta deveria ser executada no período de três anos. Destarte, todo esse movimento para mudanças alavancado em âmbito nacional incitou, a partir de 2007, reflexões sobre a formação do enfermeiro. O novo currículo foi reestruturado e reformulado a partir das orientações designadas pelo Pró-Saúde, que garantiu formações pedagógicas para os docentes, acontecidas através do Plano de Desenvolvimento Docente [...]. Configurando-se em um espaço para formação permanente, avaliação e reflexão crítica sobre o ensino de graduação, visando contribuir para o aperfeiçoamento e busca de novas propostas de trabalho, melhoria do ensino, integração dos docentes e discentes, ampliação de novos campos de atuação e desenvolvimento técnico-científico, ético e político da profissão e impulsionado pela Coordenação do Curso e do Pró-Saúde/Sobral e Direção de Centro, desde o primeiro momento, o processo de construção do novo currículo deu-se, de forma coletiva e envolvente. (PPC do Curso de Enfermagem, 2017).*

Segundo o PPC da Enfermagem os espaços do enfermeiro são:

**Atenção Primária à Saúde:** o enfermeiro atua junto às equipes de saúde da família, desenvolve ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação. Gerencia e coordena as ações da equipe de saúde em um território adscrito. Conduz ações de educação em saúde, educação popular em saúde. **Clínicas e ambulatórios especializados:** o enfermeiro trabalha em clínicas, ambulatórios, empresas, consultórios e centros especializados na área clínica, cirúrgica, estética, home care, reabilitação, etc. **Hospitais:** O enfermeiro atua na gestão do serviço hospitalar; coordenação e supervisão dos serviços de enfermagem e prestação da assistência de enfermagem às pessoas em regime de internação. **Gestão:** O enfermeiro pode atuar na gestão pública dos municípios, serviços de auditorias, coordenação e supervisão dos serviços e programas de saúde a nível primário e secundário. **Docência:** O enfermeiro atua como professor dos cursos de graduação em Enfermagem e dos Cursos de Técnico em Enfermagem desenvolve atividades de preceptorial, pode ofertar cursos de qualificação profissional, desenvolve pesquisas. Participa da construção de protocolos, guias e diretrizes clínicas. O profissional pode ainda trabalhar como autônomo, trabalhando em alguma área específica como na orientação ao aleitamento materno, perinatal, imunização ou se dedicar à área da pesquisa, com a realização de especialização, mestrado e doutorado. (PPC do Curso de Enfermagem, 2017).

### 5.1.4 Caracterização do curso de Medicina

O curso de Medicina pesquisado foi criado no ano 2000 e começou suas atividades em 2001. Inicialmente, por não contar com estrutura física própria, compartilhou espaço com os cursos já caracterizados anteriormente, além de dispor de um número restrito de docentes. A matriz curricular do curso é formada por módulos, onde cada um deles é constituído por um conjunto de estudos teóricos ou teóricos e práticos. Em cada período letivo (semestre) há o desenvolvimento de um conjunto de módulos.

A carga horária total do curso de Medicina é de 8.512h, que devem ser integralizadas no prazo mínimo de 6 anos (12 semestres). Atualmente são ofertadas 40 vagas semestrais (perfazendo 80 anuais). Os Módulos Obrigatórios são cursados do 1º ao 8º semestre, correspondendo a 51% da carga horária total do curso. Os outros elementos curriculares são o Estágio Curricular Obrigatório (cursado do 5º ao 6º ano), os Módulos Optativos (abrangendo optativos-eletivos e optativos-livres) e Atividades Complementares.

O último ajuste do PPC atendeu às mudanças preconizadas pelas DCN do Curso de Graduação em Medicina instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, além de acolher os objetivos propostos pelo Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que prioriza a formação médica com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o PPC, o Programa Mais Médicos teve

*[...] grande impacto na educação médica, por traçar novos parâmetros para formação em Medicina. O Programa trazia como um de seus objetivos diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde. Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, a lei determina, entre outras ações, a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para Residência Médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos. Neste contexto, é imperativo que se forme médicos para enfrentar os atuais desafios do Sistema Único de Saúde, incentivando-se e criando condições para a permanência desses profissionais nas regiões que apresentam carência. (PPC do Curso de Medicina, 2017).*

O PPC da Medicina estabelece que o aluno graduado tenha capacidade para atuar

*Nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo; no atendimento ambulatorial de problemas clínicos e cirúrgicos e no atendimento inicial das urgências e emergências em todos os ciclos da vida; no sistema hierarquizado da saúde e em equipe multiprofissional; e prosseguir sua formação, especializando-se em áreas básicas, clínicas ou cirúrgicas, visando à sua atuação no exercício da medicina, da pesquisa ou da docência. (PPC do Curso de Medicina, 2017).*

### **5.1.5 Caracterização do curso de Odontologia**

O curso de Odontologia pesquisado foi criado no ano de 2006, junto com outros quatro cursos, inclusive o de Psicologia, que também é tema desta pesquisa. Durante os 5 primeiros anos de funcionamento o curso precisou dispor de espaços cedidos para desempenhar suas atividades. Em 2010 teve inauguradas suas primeiras estruturas físicas, imprescindíveis para o desempenho da prática odontológica. A última atualização do PPC de Odontologia aconteceu em 2012, mas atualmente o documento está em processo de modificação.

A carga horária total do curso de Odontologia é de 4.448h, dispostas em 5 anos (10 semestres) de formação. Atualmente são ofertadas 44 vagas anuais. O curso de Odontologia é composto por módulos semestrais, além de Estágios Supervisionados (englobando também “Clínicas Integradas”), Trabalho de Conclusão de Curso e Atividades Complementares.

O PPC da Odontologia vislumbra

*[...] já no primeiro semestre a inserção do estudante na área odontológica, com conhecimento sobre a profissão odontológica, suas atividades e áreas de conhecimento, bem como as perspectivas de atenção nos setores institucional e privado, com o módulo de Introdução à Odontologia. (PPC de Odontologia).*

Além disso,

*Propõe-se [...] ao término de cada semestre letivo uma Prática Integradora, cuja atividade desde o primeiro semestre, lhe dê a oportunidade para integrar e contextualizar o conjunto de conhecimentos ministrados, no período. As vivências com a Saúde Coletiva se tornam possíveis a partir do primeiro semestre do curso*

*com o Módulo de Saúde Coletiva 1, com o propósito de abordar os referenciais teóricos e práticos das políticas públicas de saúde, de forma a contextualizar a atuação do cirurgião-dentista na saúde bucal coletiva, promoção da saúde e Educação em saúde. (PPC de Odontologia).*

Fica evidente a presença e o privilégio das atividades práticas dentro do PPC da Odontologia. Sobre as áreas de atuação do egresso, o PPC cita apenas que os cenários de prática dos egressos são todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

### **5.1.6 Caracterização do curso de Psicologia**

O curso de psicologia também iniciou suas atividades no ano de 2006. Até hoje parte de seu funcionamento ainda acontece em espaços cedidos por outras instituições de ensino, por ainda não terem sido concluídas as obras de sua sede própria. O PPC de Psicologia pesquisado é, dentre todos os outros, o mais antigo: ele data do período da criação do próprio curso, e não foi construído por seus docentes, mas por docentes de graduação em Psicologia de outra cidade. Assim como no curso de Odontologia, o PPC da Psicologia está passando por grande reformulação, mas para esta pesquisa a coordenação do curso disponibilizou a versão mais antiga, já que a nova ainda está em processo de aprovação.

A carga horária total do curso de Psicologia é de 4.048h, que devem ser integralizadas em pelo menos 5 anos (10 semestres). Atualmente são ofertadas 50 vagas anuais. O curso de Psicologia é composto por disciplinas obrigatórias, disciplinas optativas, estágios supervisionados, estágios nas ênfases curriculares (“Processos Psicossociais e construção da realidade” e “Processos clínicos e atenção à saúde”), atividades complementares e Trabalho de Conclusão de Curso.

Por conta da idade do PPC de Psicologia, algumas informações não são apresentadas de maneira tão clara como em outros PPCs (como as áreas de atuação profissional), ou mesmo não estão presentes, como o Perfil do Egresso.

Para resumir e expandir as informações acerca dos cursos pesquisados, apresentamos a seguir um quadro-síntese:

Quadro 6 – Caracterização dos cursos pesquisados

		CARACTERÍSTICAS DOS CURSOS					
		INÍCIO DAS ATIVIDADES	ÚLTIMA ATUALIZ. DO PPC	ORGANIZAÇÃO CURRICULAR	DURAÇÃO MÍNIMA	CPC <sup>1</sup>	CONCEITO ENADE <sup>2</sup>
<b>CURSOS</b>	<b>EDUCAÇÃO FÍSICA</b>	1986	2017 <sup>3</sup>	Disciplinas semestrais	04 ANOS	2	2
	<b>ENFERMAGEM</b>	1971	2017	Módulos semestrais	05 ANOS	3	4
	<b>MEDICINA</b>	2001	2017	Módulos semestrais	06 ANOS	3	3
	<b>ODONTOLOGIA</b>	2006	2012 <sup>4</sup>	Módulos semestrais	05 ANOS	4	5
	<b>PSICOLOGIA</b>	2006	2006 <sup>4</sup>	Disciplinas semestrais	05 ANOS	4	4

Fonte: elaborado pelo autor.

<sup>1</sup> O Conceito Preliminar de Curso (CPC) é um indicador de qualidade que avalia os cursos de graduação. Seu cálculo e divulgação ocorrem no ano seguinte ao da realização do ENADE, com base na avaliação de desempenho de estudantes, no valor agregado pelo processo formativo e em insumos referentes às condições de oferta – corpo docente, infraestrutura e recursos didático-pedagógicos, conforme orientação técnica aprovada pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES).

<sup>2</sup> O Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) avalia o rendimento dos concluintes dos cursos de graduação, em relação aos conteúdos programáticos, habilidades e competências adquiridas em sua formação. O exame é obrigatório e a situação de regularidade do estudante no Exame deve constar em seu histórico escolar. A primeira aplicação do ENADE ocorreu em 2004 e a periodicidade máxima da avaliação é trienal para cada área do conhecimento.

<sup>3</sup> PPC passando por atualização. Foi disponibilizado para esta pesquisa o PPC de Educação Física na modalidade Licenciatura.

<sup>4</sup> PPC passando por atualização.



## 5.2 Caracterização dos participantes do estudo

A caracterização dos docentes entrevistados neste estudo é apresentada a seguir, de acordo com sua formação, tempo de formado, titulação atual, exercício em funções de coordenação ou de participação em Núcleo Docente Estruturante (NDE) e outras experiências profissionais. Optou-se por omitir informações como sexo, área de concentração/especialidade e disciplinas ministradas atualmente, no intuito de preservar a identidade e o caráter sigiloso das informações prestadas pelos docentes na fase de entrevistas. É importante salientar que todos os selecionados atenderam aos critérios de inclusão apresentados previamente.

Observa-se no Quadro 7 que todos os participantes do estudo têm graduação na mesma área em que atuam. Os docentes selecionados estão formados, em média, há 11 anos, sendo que o que tem menos tempo de formado possui 3 anos e o que tem mais tempo, 17 anos. Dos cinco entrevistados, três possuem titulação de mestre enquanto os outros dois possuem doutorado.

Todos os docentes integram ou já integraram os NDE dos cursos em que atuam. O docente do curso de Educação Física já foi coordenador de estágios. Os docentes dos cursos de Medicina e Odontologia já foram coordenadores de graduação, enquanto o professor de Odontologia também ocupou a função de coordenador de Programa de Pós-graduação *stricto sensu* (mestrado acadêmico). O docente de Enfermagem já teve a experiência de coordenar os estágios e o internato do curso enquanto o de Psicologia foi coordenador da Clínica Escola (Serviço de Psicologia). O docente do curso de Medicina também foi coordenador geral das Residências Médicas e de Residência específica em sua área de atuação.

Dentre as outras experiências elencadas pelos participantes da pesquisa destacam-se: atuação em outros cursos de graduação (de IES públicas e particulares); atuação como docente em cursos de Pós-graduação; atendimento clínico (em consultório); Auditoria; Regulação, avaliação e controle de sistemas de saúde; atuação em políticas públicas de Saúde e Assistência Social.

Quadro 7 – Caracterização dos participantes do estudo

	PERFIL DOS DOCENTES					
	GRADUAÇÃO	TEMPO DE FORMADO	TITULAÇÃO	FUNÇÃO DE COORDENAÇÃO / NDE <sup>1</sup>	OUTRAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS	
<b>CURSOS</b>	<b>EDUCAÇÃO FÍSICA</b>	Ed. Física (licenciatura e bacharelado)	12 anos	Mestrado	- NDE - Coordenação de estágios	- Docente graduação (Pedagogia, Fisioterapia) - Docente Pós-graduação (Engenharia, Enfermagem, Psicologia)
	<b>ENFERMAGEM</b>	Enfermagem	3 anos	Mestrado	- NDE - Coordenação de estágios e internato	- Docente Pós-graduação (multiprofissional) - Auditoria municipal - Regulação, avaliação e controle de sistemas de saúde
	<b>MEDICINA</b>	Medicina	17 anos	Doutorado	- NDE - Coordenação da graduação em Medicina - Coordenação de residência médica (geral e de especialidade)	- Consultório médico (SUS / Particular)
	<b>ODONTOLOGIA</b>	Odontologia	15 anos	Doutorado	- NDE - Coordenação da graduação em Odontologia - Coordenação de Programa de Mestrado	- Docente graduação (Psicologia, Medicina)
	<b>PSICOLOGIA</b>	Psicologia	7 anos	Mestrado	- NDE - Clínica Escola (Serviço de Psicologia)	- Assistência Social - Rede de Saúde Mental - Consultório Psicológico (particular)

Fonte: elaborado pelo autor.

<sup>1</sup> O Núcleo Docente Estruturante (NDE) constitui-se de um grupo de docentes, com caráter consultivo para acompanhamento do curso de graduação, atuante no processo de concepção, consolidação e contínua atualização do projeto pedagógico do curso (PPC) (BRASIL, 2010i). São atribuições dos NDE: acompanhar a consolidação do PPC; contribuir para a consolidação do perfil profissional do egresso do curso; zelar pela integração curricular interdisciplinar entre as diferentes atividades de ensino constantes no currículo e zelar pelo cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de Graduação; indicar formas de articulação entre o ensino de graduação, a extensão, a pesquisa e a pós-graduação (*idem*).

### 5.3 A humanização através da análise dos PPCs

Os PPCs se configuram como documentos normativos e constituintes das graduações em saúde. Todavia, é pertinente destacar que estes elementos foram produzidos por diversas pessoas de cada curso, em um verdadeiro trabalho de várias mãos. E os parâmetros que orientaram tais produções, a saber, as DCNs, a PNE, etc., também são fruto de uma realidade humana, em suas inúmeras facetas. Cabe dizer que este “retrato” da realidade é parcial, momentâneo e completamente implicado de concepções políticas, sociais, relacionais e, sem sobre de dúvida, das individualidades de quem as produziu. Desta forma, apesar dos Projetos Pedagógicos não serem mais chamados de “Projetos Político-Pedagógicos”, eles não o deixaram de ser, por tudo que foi citado acima.

Com isto posto, as informações obtidas por meio da investigação dos PPCs são os componentes para a Análise Temática, tendo como objetivo analisar a presença de elementos relacionados à humanização nestes documentos.

Para elaboração do material, os PPCs foram lidos na íntegra para o início da pré-análise, constituindo a primeira etapa na Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Nesse momento foi realizada a leitura flutuante de todo o material, objetivando formular hipóteses e identificar as informações utilizáveis para a pesquisa, ou seja, aquelas que atendessem aos objetivos propostos inicialmente. É válido ressaltar que esses objetivos são resgatados ao longo da trajetória do estudo, a fim de nortear a análise das informações e alcançá-los de forma mais fidedigna. Essa primeira etapa permitiu a obtenção das informações úteis ao processo de análise. Em seguida, foi realizada a exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, tornando os dados válidos e significativos para a posterior categorização. Dessa forma, buscou-se agrupar conteúdos similares, correlacionando-os com o material científico/teórico. Este último foi baseado nos conceitos e na discussão sobre humanização apresentados no capítulo de referencial teórico deste trabalho.

Ao final, resultou-se na definição das seguintes categorias: **A PNH e seus desdobramentos através dos PPCs**; e **Modos humanizados de fazer saúde através dos PPCs**. Estes dois grupos aglutinam as informações apresentadas no Referencial Teórico, e como forma de apresentar a análise de maneira mais didática e inteligível, optou-se por utilizar apenas essas duas categorias gerais e de não subdividi-las por cursos de graduação.

Sendo assim, estes pontos apresentam um amálgama das informações dos PPCs, sem desconsiderar as peculiaridades de cada um deles. Tais elementos são discutidos à luz dos elementos normativos presentes na Política Nacional de Humanização e também com a literatura científica produzida sobre o tema.

As informações contidas nos PPCs e agrupadas nas categorias expostas acima são, muitas vezes, plurais, abrangentes e, quase sempre, complementares e análogas. Por esta razão, não é um trabalho simples e automático a distinção entre a “humanização presente nos documentos normativos e seus desdobramentos” e os “modos humanizados de fazer saúde”. Na verdade, por conta dos diferentes significados que o termo humanização carrega, não é possível dizer o que é e o que não é humanização. Procurou-se utilizar como forma de categorização (elemento de distinção) o que a PNH define como “humanizar” e o que outras produções científicas que se dedicam sobre a Atenção Primária à Saúde e o SUS vão chamar de humanização.

Desta forma, para a primeira categoria (A PNH e seus desdobramentos através dos PPCs) foram definidos os seguintes elementos: *Acolhimento*; *Gestão participativa e cogestão*; *Ambiência*; *Clínica ampliada e compartilhada*; *Valorização do Trabalhador*; e *Defesa dos direitos dos Usuários*. Já para a segunda categoria (Modos humanizados de fazer saúde através dos PPCs) os seguintes elementos foram considerados: *Reflexões sobre o homem*; *Ética e postura profissional*; e *Reconhecimento e valorização do relacionamento humano*.

O quadro abaixo ilustra as categorias de análise dos PPCs:

#### Quadro 8 – Categorias de análise dos PPCs

---

##### CATEGORIA 1 - A PNH E SEUS DESDOBRAMENTOS ATRAVÉS DOS PPCS

---

**Acolhimento:** reconhecer as necessidades legítimas e singulares de saúde do outro; favorecer a relação e o vínculo de confiança entre equipes/serviços e usuários/populações.

**Gestão participativa e cogestão:** inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão; criação e ampliação dos espaços de análise dos contextos, da política em geral, da saúde em particular, e da pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo; utilização das rodas como instrumento de cogestão; favorecer os acordos entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e favorecer os mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

**Ambiência:** criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis; valorização da privacidade durante os atendimentos e procedimentos; valorização do encontro entre as pessoas nos espaços de saúde; discussão dos projetos arquitetônicos das unidades, visando as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço.

**Clínica ampliada e compartilhada:** promover uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença; enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia; utilizar recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos; fortalecimento do trabalho em equipe (multiprofissional, transdisciplinar e grupal) e possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

**Valorização do Trabalhador:** dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão; assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão; criação e fortalecimento de meio de avaliação dos processos de trabalho; formação permanente para os trabalhadores do SUS; construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as o trabalhador e suas equipes.

**Defesa dos direitos dos Usuários:** incentivar a população o conhecimento dos direitos e serviços garantidos por lei e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado; favorecer o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos; estimular a responsabilização dos atores do SUS; potencializar a utilização de espaços de informação, comunicação para a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos.

---

## CATEGORIA 2 - MODOS HUMANIZADOS DE FAZER SAÚDE ATRAVÉS DOS PPCS

---

**Reflexões sobre o homem:** o homem em suas múltiplas dimensões; estudos sobre cultura, sociedade e antropologia; ciências humanas e psicológicas; Direitos humanos e movimentos sociais; temas relacionados à igualdade e à diversidade.

**Ética e postura profissional:** compromissos éticos das profissões; responsabilidade com os cuidados ofertados à população; clareza e compromisso com as informações prestadas; garantia da oferta adequada dos serviços de saúde de responsabilidade dos profissionais envolvidos; respeito aos pacientes, acompanhantes e familiares.

**Reconhecimento e valorização do relacionamento humano:** reconhecimento da alteridade; superação dos diálogos não autênticos e não genuínos; superação do tecnicismo nos cuidados em saúde; valorização da dimensão humana nos ambientes de saúde; valorização do contato humano e das relações como formadoras de nossa própria identidade; valorização da dimensão humana nos ambientes de saúde; valorização do contato humano e das relações como formadoras de nossa própria identidade; Identificação do contato humano como promotor de relações de cura.

---

Fonte: elaborado pelo autor a partir de BRASIL (2013).

### ***5.3.1 A PNH e seus desdobramentos através dos PPCs***

Durante a exploração dos PPCs muitos elementos saltaram aos olhos, todos eles com grande potencial para análise e reflexões. Neste tópico serão apresentados e discutidos alguns dos componentes dos PPCs que se vinculam mais diretamente às proposições contidas na PNH, aos seus princípios e suas diretrizes. Não se pretende, portanto, exibir um retrato estatístico ou numérico dos elementos da PNH e de sua aparição em cada um dos PPCs, mas informar ao leitor com a maior precisão possível (e sem negligenciar nenhuma informação

relevante) sobre a influência da Política e de seus fundamentos nos documentos pesquisados.

A primeira leitura de todos os PPCs buscou apontar as menções literais à “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS” (ou simplesmente à “Política Nacional de Humanização” ou “PNH”). E, embora apareçam diversas alusões ao conceito de humanização, ou à “formação humanística”, apenas o PPC de Enfermagem cita explicitamente a PNH, através da descrição dos conteúdos do módulo *Atenção Primária à Saúde VII* e do *Internato em Enfermagem I*:

*Atenção Primária à Saúde VII – Conteúdos: Unidade I: Políticas de Saúde; Política Nacional de Humanização da Atenção Básica no SUS e acolhimento com classificação de riscos; Clínica ampliada e o processo de gestão e organização dos serviços de saúde [...]. (PPC de Enfermagem).*

*Internato em Enfermagem I – Conteúdos: Unidade I: Modelos assistenciais para atenção primária, atenção integral aplicada à família; princípios e dispositivos da Política Nacional de Humanização aplicados à atenção primária, acolhimento e vínculo [...]. (PPC de Enfermagem).*

Desta forma, o PPC de Enfermagem traduz de maneira objetiva e direta as metas apresentadas pelas DCN do curso (BRASIL, 2001b, p. 7) e também aquelas contidos no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) (*idem*, 2007b, p. 47), sobre as competências e habilidades que os cursos devem oferecer à formação do enfermeiro. Estes devem “dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas”. Os documentos completam afirmando que “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”.

De maneira menos explícita e sem citar a PNH, os PPCs de Educação Física, Medicina, Odontologia e o da própria Enfermagem fazem alusão à “Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação” (Parecer nº 776/1997), que diz que as diretrizes curriculares deveriam contemplar, dentre outros aspectos, as “dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania” (BRASIL, 1997, p. 02).

*Como princípio, o currículo visa a garantir e a aperfeiçoar a formação geral do professor de Educação Física em termos humanísticos, científicos e técnicos a partir dos seguintes elementos: [...] Compromissos éticos, humanísticos e sociais com o trabalho multiprofissional e interdisciplinar em Educação Física [...]. (PPC de Educação Física).*

*Objetivo Geral do curso: Graduar o médico com formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo [...]. (PPC de Medicina).*

*As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia definem o perfil do Cirurgião-dentista como sendo um profissional “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico, capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio [...]”. (PPC de Odontologia).*

*As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem [...] dizem a respeito do perfil do formando, egresso/profissional: 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. [...] Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (PPC de Enfermagem).*

É possível perceber através das descrições expostas acima que, embora os PPCs não se dirijam à Política Nacional de Humanização, às referências a ela parecem estar presentes através do que se chamou de “formação humanística”. Carvalho (2017) apresenta uma explanação valiosa, mostrando que

*[...] é no princípio da formação educacional humanista – entendido em sua dupla acepção de *início e de preceito orientador* – que se funda essa concepção de formação como a constituição de um sujeito em seu vínculo com o legado histórico de um mundo comum. [...] É a partir do ideal educacional humanista que ela deixa de ser uma preparação profissional – ligada aos direitos, à medicina e, sobretudo, à teologia – para ter como objetivo a formação do espírito, então entendida como a busca de cada um pela constituição de sua *humanitas*. Uma busca empreendida por meio do acesso direto ao legado cultural clássico; pelo estabelecimento de um processo formativo cujo resultado não é a aprendizagem instrumental de informações e conhecimentos especializados, mas a constituição de um sujeito que se insere na dimensão histórica de um mundo. (p. 1020-1030).*

Esta exposição se conecta com o que a PNH, através do documento “O HumanizaSUS na Atenção Básica” (2010f), anuncia como essencial para a efetivação da Atenção Básica e do próprio SUS, especialmente no sentido da construção dos vínculos terapêuticos, que facilitam a identificação de objetos e estratégias de cuidado, com o intuito de superar uma visão de homem limitada à questão sofrimento/doença:

Nas unidades básicas de saúde, parte dos problemas que os usuários relatam não se encaixa num diagnóstico biomédico - não tendo, portanto, sucesso terapêutico com a medicalização ou execução de procedimentos. São comuns os casos de “sintomas vagos e difusos”, sintomas físicos e/ou psíquicos múltiplos, que geram sofrimento nas pessoas e sobrecarregam os serviços de saúde, sem um diagnóstico anatomopatológico correspondente. Estas pessoas precisam de uma abordagem que identifique este sofrimento e que propicie a construção de um Projeto Terapêutico Singular para aquela situação de vida e de saúde específicas. O encontro entre usuário e profissional, uma escuta qualificada, faz com que diminua a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários em relação a dietas, uso de medicamentos, exercícios, etc. Frequentemente não se leva em conta o desejo, o interesse ou a compreensão das pessoas. Pouco se considera, também, a possibilidade concreta que têm os usuários para seguir a prescrição, se assim lhes interessar e desejar (condição financeira, situação de vida, de trabalho, familiar, etc). É por isso que é necessário trabalhar com a ideia de ofertas e não apenas com restrições resultantes dos problemas de saúde, ou seja, ofertar algumas possibilidades para que o usuário possa decidir conjuntamente e se responsabilizar com os resultados. (p. 34).

Cabe, neste momento, abrir parênteses para discorrer sobre dois conceitos apresentados nas exposições acima e que também já surgiram em outros pontos desta pesquisa, a saber: “formação humanista” e “formação humanística”. Parece tentadora – além de um pouco óbvia – a ideia de apresentá-los como sinônimos. Considerando aquelas expressões, *humanista* e *humanística* se configuram como adjetivos que qualificam as formações, e que se referem à concepção de homem como elemento central para todo conhecimento. Entretanto, não há nos documentos (DCNs, PPCs, Resoluções, etc.) uma definição clara e direta do que se chama ora de “humanismo” ora de “humanístico”. Por conta desta lacuna conceitual e por nenhum documento fazer referência ao *Humanismo* enquanto corrente filosófica e movimento intelectual (ou até mesmo à Psicologia Humanista), ambas as palavras são apresentadas e tratadas por esta pesquisa como sinônimos (assim como nos documentos normativos), significando, de maneira ampla, a valorização ao ser humano e à condição humana acima de tudo, também fazendo alusão à generosidade, compaixão e



preocupação em valorizar os atributos e realizações do homem.

Os PPCs de Medicina e Enfermagem ainda fazem referência à humanização em outros pontos dos seus documentos. O primeiro, ao descrever o perfil do egresso, afirma que o profissional deve “[...] Agir fundamentado em princípios da Ética e da Bioética e compromisso com a integridade e humanização do cuidado, reconhecendo do paciente como protagonista ativo de sua própria saúde; [...]” (PPC de Medicina).

Já o curso de Enfermagem apresenta um projeto de extensão, que visa

*Subsidiar conhecimento teórico-prático na área da humanização e da classificação de risco; Qualificar o acadêmico para classificação de risco e aplicação de protocolos institucionais, visando aprendizagem qualificada; Contribuir para a qualificação e treinamento dos acadêmicos, bem com a inter-relação entre acadêmico-pacientes e profissionais do serviço; [...] Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada as pessoas que buscam os serviços de urgência/emergência deste hospital; Classificar, mediante protocolo local, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato; Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência; [...].* (PPC de Enfermagem).

Por sua vez o PPC de Educação Física traz na ementa da disciplina *Educação Física e Saúde Coletiva*:

*Reconhecimento de risco, vulnerabilidade e desigualdades em saúde para uma adequada realização de procedimentos na promoção da saúde e prevenção de doenças, na construção de autonomia do sujeito, na vigilância sanitária e na avaliação de programas de serviços de saúde.* (PPC de Educação Física).

A preocupação com a Avaliação e Classificação de Risco faz parte de uma das diretrizes da PNH, a saber, o Acolhimento. Segundo o documento “HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco - um paradigma ético-estético no fazer em saúde” (BRASIL, 2004d), o acolhimento é

[...] um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. (p. 5).

Desta forma, prestar um atendimento resolutivo e com responsabilidade, garantindo a assistência e a eficácia de possíveis encaminhamentos é uma das obrigações dos serviços de saúde.

Outra diretriz da PNH que encontra espaço nos PPCs é a “Gestão participativa e cogestão”. O documento de mesmo título afirma que o modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é “centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado” (BRASIL, 2010e, p.12). Nesse sentido, as análises, decisões e avaliações devem ser construídas coletivamente.

A efetivação desta diretriz da PNH (e, conseqüentemente, do próprio SUS) requer que sejam incluídos novos sujeitos nos processos de gestão (aqui entendido como os espaços de análise de contexto e problemas e também de catalisador dos recursos para a tomada de decisão). Desta forma, a gestão de saúde não deveria ser exercida por poucos ou alguns sujeitos (oligo-gestão), mas por um conjunto ampliado de pessoas que compõem a organização, onde “todos são gestores de seus processos de trabalho” (*idem*, p.24).

Os cursos Enfermagem e Psicologia apresentam respectivamente nas ementas de *Atenção Primária à Saúde VII* e *Psicologia e Saúde Pública I*, referências a esta diretriz:

*Os sistemas de atenção à saúde e as redes de atenção. Linha de cuidado. Gestão do trabalho em saúde na atenção primária. Participação Social em Saúde. Gerenciamento em Enfermagem. Organização dos serviços de enfermagem na atenção básica. Assistência de enfermagem a pacientes com problemas crônicos e restritos ao leito. Plano de cuidado e Projeto Terapêutico Singular.* (PPC de Enfermagem).

*Compreensão das atuais políticas de saúde e dos seus processos de formulação, gestão e controle social, articulando com a prática do psicólogo.* (PPC de Psicologia).

A diretriz “Clínica ampliada e compartilhada” e suas disposições aparecem com frequência nos documentos pesquisados. Segundo o documento integrante do HumanizaSUS sobre o tema (BRASIL, 2010c), esta proposta representa a adoção de ferramentas de articulação e de inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas na prática de saúde; na prática,

se resume em trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe, compartilhar saberes e também responsabilidades.

O argumento da Clínica Ampliada abrange alguns núcleos fundamentais:

**Compreensão ampliada do processo saúde-doença:** busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico. [...] Na mesma situação, pode-se “enxergar” vários aspectos diferentes: patologias orgânicas, correlações de forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), a situação afetiva, etc., e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar. **Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas:** o reconhecimento da complexidade da clínica deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este compartilhamento vai na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde, da ação intersetorial e também dos usuários. **Ampliação do “objeto de trabalho”:** a Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial [...] contribui muito para a mudança desta cultura. Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados. **A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho:** São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. É fundamental a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade, etc. **Suporte para os profissionais de saúde:** é necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação. As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas do processo de trabalho, baixa grupalidade solidária na equipe, alta conflitividade, dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho em decorrência da fragmentação, etc. (*idem*, p. 14-18).

As disciplinas *Psicologia e Saúde Pública II* (curso de Psicologia) e *Saúde Coletiva 4* (Odontologia) se associam às ideias centrais da Clínica ampliada e Compartilhada como se pode ver em suas ementas:

*Articulação da inserção e da prática do psicólogo na saúde pública, enfocando noções referentes à atenção e educação em saúde e suas estratégias de implementação. Construção da prática interdisciplinar na saúde. (PPC de Psicologia).*

*Vigilância em saúde: Saúde da família: Níveis de atenção e integralidade. Vigilâncias: epidemiológica, sanitária e ambiental. Saúde do trabalhador. Incentivos para vigilância em saúde. Mercado de Trabalho em Saúde Bucal.*

*Recursos Humanos no SUS. Incentivos para saúde bucal. Ética em Saúde: trabalho em equipe. Multi e interdisciplinaridade. (PPC de Odontologia).*

Outra iniciativa relevante presente nos PPCs de Enfermagem e Medicina e que também tem relação próxima com a diretriz da “Clínica ampliada e compartilhada” é o Programa de Educação Tutorial (PET). Regulamentado junto ao Ministério da Educação em 2005, (antes se chamava Programa Especial de Treinamento e era mantido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES) o PET é composto por grupos tutoriais de aprendizagem que, sob orientação de um professor tutor, busca oferecer aos alunos condições para a realização de atividades extracurriculares e de complemento à formação acadêmica. Orientado pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, o PET visa atender as necessidades acadêmicas (graduação, pós-graduação, pesquisa, etc.) bem como da sociedade em geral (BRASIL, 2006b).

O PPC de Enfermagem relata que o município onde se desenvolveu esta pesquisa foi contemplado pelo projeto PET-Saúde/GraduaSUS no ano de 2016, e que desde então, em conjunto com o curso de graduação em Medicina e a Secretaria Municipal de Saúde,

*[...] vem realizando as atividades com o objetivo impulsionar mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para todos os cursos de graduação na área da saúde, bem como qualificar os processos de integração ensino-serviço-comunidade de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde e as instituições de ensino. (PPC de Enfermagem).*

No tocante à diretriz “Valorização do Trabalhador” o curso de Enfermagem apresenta através do módulo *Atenção Primária à Saúde VI* a seguinte ementa: “Enfermagem, Trabalho e Saúde. Processo Saúde-Doença-Cuidado-Trabalho. Enfermagem e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS. Cuidados de Enfermagem ao idoso” (PPC de Enfermagem). Este elemento norteador da PNH se aproxima bastante de outro, a saber, a “Educação em saúde”, que se manifesta na ementa da disciplina *Saúde Coletiva 1: Políticas Públicas de Saúde, Promoção e Educação em Saúde*, do curso de Odontologia:

*Saúde Bucal Coletiva. Processo saúde-doença. Determinantes sociais da saúde. Políticas de saúde no Brasil. Modelos de atenção. Promoção de saúde e Cidadania. Sistema Único de Saúde: princípios. Educação em saúde e metodologias pedagógicas. (PPC de Odontologia)*

Sobre a diretriz “Ambiência”, os PPCs não fazem referência clara ao termo e nem à suas considerações. Entretanto, todos os Projetos falam dos espaços que disponibilizam aos discentes e de sua importância para a socialização, o bem-estar e a permanência dos estudantes no ambiente acadêmico e na própria cidade.

Já a diretriz “Defesa dos direitos dos usuários” encontra espaço no PPC de Medicina mediante o módulo *Psicologia Médica e Psicopatologia*:

*A organização da interação humana como sistema. Relações em desenvolvimento: características das relações com grupos de iguais-competição x co-construção. Características das relações hierárquicas (pais/filhos; professor/aluno; médico/paciente). Autoridade x corresponsabilidade. O trabalho em equipe. A relação médico-paciente. O lugar da perda e da morte na experiência humana. Conceito de psicopatologia. O normal e o patológico. As funções psíquicas elementares. As grandes síndromes psiquiátricas. A entrevista psiquiátrica. (PPC de Medicina).*

Cabe salientar que o PPC de Psicologia não faz qualquer referência à PNH ou à humanização, ou à “formação humanística”, ainda que se aproxime notoriamente das diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização. Apesar de também não apresentar um tópico sobre o “Perfil do egresso”, o PPC de Psicologia fala da expectativa com relação à formação do aluno:

*O novo currículo pretende contribuir para a formação integral do aluno, sem privilegiar a dimensão cognitiva em detrimento de outras capacidades, sensibilidades e experiências que conformam a vida humana: afetividade, sociabilidade, moralidade, estética, ludicidade etc., diretamente envolvidas na formação de pessoas criativas, plenas, conscientes e comprometidas com o bem estar coletivo. (PPC de Psicologia).*

É necessário recordar que o PPC de Psicologia abordado por esta pesquisa foi construído por docentes de outro curso de Psicologia. Esta particularidade faz com que se manifestem alguns fenômenos que diferenciam este documento dos outros analisados. Durante a exploração do PPC foi possível perceber que muitas das informações nele contidas são amplas e até mesmo genéricas. Desde a ausência de elementos relevantes para o PPC (como o perfil do egresso, algumas ementas, objetivos de aprendizagem, conteúdos das

disciplinas, etc.), até a redação do texto em si, fica evidente a natureza provisória do documento. Outra característica deste PPC é sua idade. Formulado em 2006, o documento está ultrapassado, e não inclui informações recentes presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de psicologia e no Plano Nacional de Educação - PNE (2014), que tem vigência por 10 anos (até 2024). As deficiências do PPC ficam ainda mais evidentes quando o comparamos com outros projetos abordados nesta pesquisa e que foram recém-atualizados.

Já o PPC do curso de Educação Física, embora tenha passado recentemente por reformulação, se refere à modalidade “Licenciatura”, o que certamente não transmite com fidedignidade as informações referentes à formação da modalidade “Bacharelado”. O PPC de Odontologia – embora não tão antigo quanto o de Psicologia e já adaptado à realidade local do curso – também já tem 6 anos desde sua última atualização.

Apesar do impacto destas “distorções” para a construção deste trabalho, uma característica importante que se mostra é o movimento de mudança e de atualização que estes cursos estão vivenciando. Os cursos de Odontologia e Psicologia, os mais “jovens” dentre aqueles englobados por esta pesquisa, têm apenas 12 anos de existência. Desde então, 13 turmas ingressaram em cada um deles, e os primeiros egressos colaram grau em 2011. O amadurecimento e a solidificação destas duas formações na realidade local geram transformações em suas próprias estruturas, motivando sua reorganização e reconstrução, elementos que devem ser constantes no âmago das formações acadêmicas de nível superior.

Conclui-se, neste momento, que a ausência de certos elementos relacionados à Política Nacional de Humanização (e de seus correlatos) pode representar a possibilidade de mudança e a inclusão destes e de outros componentes imprescindíveis para a formação dos futuros profissionais.

Encerrando este tópico, segue abaixo um quadro que resume de maneira objetiva e didática as disciplinas e módulos dos cursos de graduação em saúde que apresentam elementos relacionados à PNH e seus desdobramentos.

Quadro 9 – Disciplinas e módulos dos cursos que apresentam elementos relacionados à categoria “A PNH e seus desdobramentos”

CURSO	DISCIPLINA/MÓDULO	EMENTA	OUTRAS INFORMAÇÕES <sup>1</sup>
<b>EDUCAÇÃO FÍSICA</b>	Educação Física e Saúde Coletiva	Reconhecimento de risco, vulnerabilidade e desigualdades em saúde para uma adequada realização de procedimentos na promoção da saúde e prevenção de doenças, na construção de autonomia do sujeito, na vigilância sanitária e na avaliação de programas de serviços de saúde.	-
	Estágio I - Saúde Coletiva	Estágio Curricular Supervisionado específico para a atuação em Saúde Coletiva. Exercício do reconhecimento de risco, vulnerabilidade e desigualdades em saúde para uma adequada realização de procedimentos na promoção da saúde e prevenção de doenças, na construção de autonomia do sujeito, na vigilância sanitária e na avaliação de programas de serviços de saúde.	-
	Prática como componente curricular V - Criação e vivências de práticas pedagógicas no âmbito da Saúde Coletiva	Estudos sobre a saúde coletiva ferramenta de política pública em saúde no País. Identificação de finalidades, princípios, objetivos e operacionalização de estratégias no âmbito da saúde coletiva. Planejamento e vivências de atividades possíveis de serem realizadas em espaços de execução políticas de saúde, através da saúde coletiva. Reflexão e registros antes, durante e após as intervenções, com o foco na compreensão da política de saúde no Brasil e na atuação do licenciado nesse contexto.	-
<b>ENFERMAGEM</b>	Fundamentos da Enfermagem Cirúrgica	Centro Cirúrgico: Histórico, finalidades, importância, características físicas, e a estrutura organizacional embasado nas legislações vigentes. Recursos humanos e materiais em centro cirúrgico. Particularidades do Paciente cirúrgico. Classificação dos procedimentos cirúrgicos. Nomenclatura cirúrgica. Fases perioperatórias. Ferida cirúrgica. Prevenção de Infecção em Sítio Cirúrgico. Biossegurança. Equipe cirúrgica. Tecnologia X humanização em centro cirúrgico. Central de material: História, estrutura física/organizacional e processamento de material.	-
	Atenção Primária à Saúde V	Cuidado de enfermagem na promoção à saúde da mulher e da criança a partir de uma abordagem humanizada. Assistência à mulher no ciclo reprodutivo e gravídico-puerperal, ao recém-nascido, neonato e à criança, pautada na Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerando as políticas de saúde propostas, a partir da abordagem familiar.	-

<sup>1</sup> Optou-se por adicionar a esta coluna informações relevantes sobre a humanização, caso estivessem disponíveis, uma vez que nem todos os PPCs seguem o mesmo padrão ou fornecem as mesmas informações (além das ementas, o PPC de Enfermagem apresenta: Objetivos de Aprendizagem; Descrição dos Conteúdos; Metodologia; Avaliação; Recursos Didáticos; Bibliografia Básica e Complementar. O PPC de Medicina traz Bibliografia Básica e Complementar. Os PPCs de Educação Física, Odontologia e Psicologia apresentam apenas as ementas).

	Discussão sobre as ações de saúde oferecidas ao Adolescente.	
Infância e Adolescência	Estudo do crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência, assim como as alterações fisiopatológicas e psicomotoras nessas fases. Os Principais agravos na saúde da criança e do adolescente. Assistência de Enfermagem à criança e ao adolescente na rede de atenção à saúde. Proteção e cuidado para criança/adolescente e sua família em situação de violência/rede de proteção.	(OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM) [...] Desenvolver habilidades para a realização do cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente, pautada no Processo de Enfermagem, numa abordagem humanizada.
Atenção Primária à Saúde VI	Enfermagem, Trabalho e Saúde. Processo Saúde-Doença-Cuidado-Trabalho. Enfermagem e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS. Cuidados de Enfermagem ao idoso.	(CONTEÚDOS) UNIDADE I – Trabalho e Saúde: [...] Qualificação do Trabalho e Humanização da Saúde. [...]. (CONTEÚDOS) Unidade I: Políticas de Saúde: Política Nacional de Humanização da Atenção Básica no SUS e acolhimento com classificação de risco. [...]. /
Atenção Primária à Saúde VII	Os sistemas de atenção à saúde e as redes de atenção. Linha de cuidado. Gestão do trabalho em saúde na atenção primária. Participação Social em Saúde. Gerenciamento em Enfermagem. Organização dos serviços de enfermagem na atenção básica. Assistência de enfermagem a pacientes com problemas crônicos e restritos ao leito. Plano de cuidado e Projeto Terapêutico Singular.	(OBJETIVOS) [...] Construir estratégias de humanização e acolhimento na Atenção Básica. Articular diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo capazes de construir vínculos e intervenções clínicas efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos usuários.
Internato em Enfermagem I	Prática centrada na atenção primária à saúde fundamentada em marcos teóricos e conceituais. Desempenho de atividades de enfermagem em situação real de trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família vivendo a experiência de integração do ensino, serviço e comunidade na realidade da atenção básica, buscando desenvolver nos estudantes a capacidade de atuar na estratégia saúde da família na perspectiva da integralidade e humanização da atenção à saúde.	(CONTEÚDOS) Unidade I: Modelos assistenciais para atenção primária, atenção integral aplicada à família; princípios e dispositivos da Política Nacional de Humanização aplicados à atenção primária, acolhimento e vínculo. [...].
Atenção Básica à Saúde da Gestante	Diagnóstico clínico e laboratorial de gravidez e semiótica obstétrica. Acompanhamento pré-natal de baixo risco. Identificação de fatores de risco materno-fetal e triagem para o pré-natal de alto risco. Aspectos éticos na assistência pré-natal, uso de medicamentos e receituário médico. Assistência básica ao puerpério. Orientação pré-concepcional. Infecções congênitas na gravidez. Mortalidade materna.	(BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR): Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. (BRASIL, 2001).
<b>MEDICINA</b>		
Terapia Intensiva	Princípios e indicações de terapia intensiva. Práticas-padrão no cuidado dos pacientes. Monitorização hemodinâmica. Distúrbios do fluxo circulatório. Lesão miocárdica. Insuficiência respiratória aguda. Ventilação mecânica. Suporte nutricional para o paciente grave. Distúrbios neurológicos. Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base. Conduta nas infecções mais comuns em UTI. A humanização da UTI e a recuperação do paciente. O impacto da terapia intensiva sobre o paciente e familiares. O paciente termina e os limites da	



	A Estratégia de Saúde da Família na Prática	medicina moderna. Morte cerebral. O ato médico em terapia intensiva, os direitos do paciente e dos familiares. Aspectos éticos e legais. Introdução à Política Nacional de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família. Processo de trabalho das equipes de atenção básica. Atribuições comuns a todos os profissionais na atenção básica. Atribuições específicas do profissional médico na atenção básica. Experiências médicas exitosas na atenção básica e Estratégia Saúde da Família.	-
	Psicologia Médica e Psicopatologia	A organização da interação humana como sistema. Relações em desenvolvimento: características das relações com grupos de iguais-competição x co-construção. Características das relações hierárquicas (pais/filhos; professor/aluno; médico/paciente). Autoridade x corresponsabilidade. O trabalho em equipe. A relação médico-paciente. O lugar da perda e da morte na experiência humana. Conceito de psicopatologia. O normal e o patológico. As funções psíquicas elementares. As grandes síndromes psiquiátricas. A entrevista psiquiátrica	-
	Saúde Coletiva 1: Políticas Públicas de Saúde, Promoção e Educação em Saúde	Saúde Bucal Coletiva. Processo saúde-doença. Determinantes sociais da saúde. Políticas de saúde no Brasil. Modelos de atenção. Promoção de saúde e Cidadania. Sistema Único de Saúde: princípios. Educação em saúde e metodologias pedagógicas.	-
	Saúde Coletiva 3: Saúde da Família- Vínculos e Vigilância a Saúde	Saúde da família: Vínculos. Territorialização. Necessidades em saúde e controle de agravos. Planejamento em saúde e participação popular. Promoção de saúde e prevenção de doenças. Ações coletivas em saúde bucal no domicílio.	-
<b>ODONTOLOGIA</b>	Saúde Coletiva 4	Vigilância em saúde: Saúde da família: Níveis de atenção e integralidade. Vigilâncias: epidemiológica, sanitária e ambiental. Saúde do trabalhador. Incentivos para vigilância em saúde. Mercado de Trabalho em Saúde Bucal. Recursos Humanos no SUS. Incentivos para saúde bucal. Ética em Saúde: trabalho em equipe. Multi e interdisciplinaridade.	-
	Estágio em Atenção Primária	Diagnóstico situacional das unidades básicas de saúde e sua área de abrangência. Planejamento em Saúde. Humanização na Saúde. Desenvolvimento da assistência e atenção em saúde. Aspectos éticos e humanos na relação profissionais de saúde e usuários. Educação popular em saúde.	-
	Psicologia e Saúde Pública I	Compreensão das atuais políticas de saúde e dos seus processos de formulação, gestão e controle social, articulando com a prática do psicólogo.	-
<b>PSICOLOGIA</b>	Psicologia e Saúde Pública II	Articulação da inserção e da prática do psicólogo na saúde pública, enfocando noções referentes à atenção e educação em saúde e suas estratégias de implementação. Construção da prática interdisciplinar na saúde.	-

Fonte: elaborado pelo autor.

### 5.3.2 Modos humanizados de fazer saúde através dos PPCs

Como foi dito no início deste tópico, muitas das informações presentes nos PPCs são plurais e de difícil categorização. Algumas delas se referem a mais de um elemento presente na PNH; e, mesmo que não fazendo menção clara a ela, poderiam ser associadas a alguma de suas diretrizes e princípios.

Desta forma, é possível (e provável) que muitos dos elementos apresentados neste subtópico também estejam relacionados com a Política Nacional de Humanização. Caso isso ocorra, certamente será interessante para o leitor constatar que, mesmo estando subtendidos, os elementos relativos à Política estão diluídos nos PPCs, reforçando o princípio de transversalidade que diz que a PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS e também nas formações de saúde.

Cabe destacar que a criação de “categorias de humanização” neste trabalho serviu muito mais para abranger uma quantidade maior de informações dos PPCs que não estão explicitamente vinculados à Política Nacional de Humanização, e de considerá-los enquanto elementos valiosos para o ensino no âmbito das graduações e no embasamento para a atuação profissional.

A partir destas considerações, foram identificados diversos elementos relacionados aos “modos humanizados de fazer saúde”. Também foram incorporadas a este ponto assuntos presentes nos PPCs que se detinham sobre as Ciências Humanas (filosofia, antropologia, psicologia, artes, etc.) e sobre os Direitos Humanos (englobando questões como movimentos sociais, diversidade, gênero, etc.).

O PPC de Educação Física apresenta diversos componentes ligados às questões das Ciências Humanas e das artes. Associado a esses elementos, também fala sobre a necessidade de consideração ampla e de respeito ao homem. As ementas das disciplinas: *Bases históricas e antropológicas da Educação Física*, *Linguagem corporal*, *arte e movimento na escola* e *Prática como componente curricular VI - Criação e vivências de intervenções pedagógicas no âmbito das Políticas Públicas em Educação, Saúde e Cultura* demonstram a aparição destes componentes:

*Estudo da gênese e desenvolvimento da cultura corporal nos diferentes modos de produção criados e desenvolvidos pela humanidade. Identificação e compreensão dos sentidos e significados agregados às práticas corporais no processo contínuo de complexificação das sociedades. Estudo dos fatos históricos ligados a Educação física e reflexão sobre Homem em suas múltiplas dimensões, incluindo as questões de gênero como bases para o entendimento da Educação Física como área do conhecimento humano, campo acadêmico e prática pedagógica. (PPC de Educação Física).*

*Conceituação da Expressão Corporal como a linguagem seminal da Educação Física – origem de todas as outras formas já sistematizadas. A Semiótica e a sua contribuição na superação da dicotomia teoria-prática na Educação Física e a possibilidade de uma prática pedagógica que, para além das formas codificadas de movimentar-se, favoreça novas mensagens gestuais. (PPC de Educação Física).*

*Estudos de ampliação e aprofundamento sobre a educação, a saúde e a cultura como dimensões estruturantes da vida em sociedade. Reflexão das políticas públicas como produto das relações travadas entre indivíduos organizados ou não em grupos, e instituições que disputam espaços e fazem representar seus interesses em espaços decisórios da sociedade. [...] O respeito à dignidade humana será um dos princípios animadores da prática pedagógica na condução das atividades. (PPC de Educação Física).*

O curso de Medicina, por sua vez, possui no rol de seus módulos o de *Direitos Humanos*, tema que também se manifesta em outras disciplinas. A ementa daquela disciplina se detém sobre:

*Direitos Humanos, democratização da sociedade, cultura e paz e cidadanias. O nascituro, a criança e o adolescente como sujeitos de direito: perspectiva histórica e legal. O ECA e a rede de proteção integral. Educação em direitos humanos na escola: princípios orientadores e metodologias. O direito à educação como direito humano potencializador de outros direitos. Movimentos, instituições e redes em defesa do direito à educação. Igualdade e diversidade: direitos sexuais, diversidade religiosa e diversidade étnica. Os direitos humanos de crianças e de adolescentes nos meios de comunicação e nas mídias digitais. (PPC de Medicina).*

Outro assunto englobado neste subtópico é o da ética e as posturas profissionais. Os PPCs de todos os cursos possuem disciplinas específicas que tratam sobre a ética e/ou deontologia (conjunto de deveres profissionais de uma determinada categoria profissional). Algumas estão expostas abaixo:

**Ética e deontologia:** *Estudo epistemológico da Ética e da Moral e as inter-relações existentes entre a Ética, a Moral e o Direito. Caracterização da Ética como uma Ética Inserida na Prática. Comparação entre os diferentes modelos explicativos utilizados na ética. Papel ético-político do profissional da educação física no desempenho de sua vida profissional. Reflexão sobre os aspectos éticos envolvidos nas questões relativas a privacidade e confidencialidade, problemas de início e final de vida, alocação de recursos escassos, respeito à pessoa e tomada de decisão e pesquisa.* (PPC de Educação Física).

**Bioética Clínica e Deontologia Médica:** *O estudo das implicações éticas de uma ação transdisciplinar em face dos desafios epistemológicos contemporâneos, diante dos novos paradigmas em atenção à saúde. A posição da Bioética como construtora de cidadania. A Bioética como balizadora da legitimidade profissional na área da Saúde. A relação médico-paciente pelo prisma da Bioética. Direitos humanos e de pessoas com deficiência. Aspectos práticos e legais do exercício da profissão. Responsabilidade, direitos e deveres do médico. Conduta em situações críticas: morte, situações de emergência. Comunicação de más notícias e perdas a pacientes e familiares. Prescrição de medicamentos, atestados e licenças. Relação médico-paciente: aspectos éticos e direitos dos pacientes crônicos, terminais, com neoplasias. Aspectos éticos e legais nos transplantes. O médico e a saúde pública: doenças de notificação compulsória.* (PPC de Medicina).

**Ética e Psicologia:** *A questão ética e a modernidade. Alteridade e subjetividade. Ética e Psicologia: limites da ciência e abertura da filosofia. Psicologias: conhecimento aplicação. Responsabilidade social: ética e política.* (PPC de Psicologia).

Na categoria “Reconhecimento e valorização do relacionamento humano”, que integra aspectos como: contato humano; reconhecimento e destaque ao outro; e constatação das relações humanas como promotoras de relações de cura, podemos perceber através das ementas das disciplinas e módulos que os PPCs abordam esse assunto principalmente através do desenvolvimento de habilidades de comunicação para o fortalecimento dos vínculos terapêuticos.

**Habilidades e Atitudes Médicas:** *Vocação e Habilidades Médicas. A Família e o Processo de Saúde e Doença. A personalidade e suas implicações no campo da saúde. Reflexão ética sobre a rotina acadêmica. Relações Interpessoais. Comunicação verbal e não verbal. A construção do vínculo terapêutico.* (PPC de Medicina).

**Os Aspectos Psicológicos da Prática Médica:** *Estudo sobre questões fundamentais relacionadas com a formação da escuta e do vínculo terapêuticos, propondo aos estudantes da graduação de Medicina uma reflexão sobre a importância do campo relacional para a prática clínica.* (PPC de Medicina).

**Psicologia do Desenvolvimento:** *A constituição da Psicologia do Desenvolvimento*

*como área de conhecimento. Teorias psicológicas a respeito do Desenvolvimento Humano. Teoria do Ciclo Vital. Ciclos de Vida do pré-natal à velhice: dimensões cognitivas, afetivas e psicossociais. A relação entre profissional da área de saúde e paciente. (PPC de Odontologia).*

*Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais: Conceito e classificação de pessoa com necessidade especial; Avaliação clínica e laboratorial dos pacientes com necessidades especiais; Relacionamento entre profissional, pais e pacientes na atenção odontológica ao portados de necessidades especiais [...].(PPC de Odontologia).*

*TTP I - Fenomenologia Existencial e Humanismo: Bases teóricas das abordagens fenomenológico-existenciais: a abordagem centrada na pessoa e a Gestalt-Terapia; objetivos terapêuticos, contrato, vínculo terapêutico; o papel da técnica; condução do processo, mudança terapêutica e encerramento. (PPC de Psicologia).*

Finalmente, há dois módulos que aglutinam e se especializam em debater os temas apresentados até aqui. No curso de Enfermagem há o módulo *Desenvolvimento Humano e Profissional* (DHP), enquanto na Medicina há o módulo *Desenvolvimento Pessoal* (DP). Durante a análise das entrevistas estes componentes foram citados com frequência pelos docentes, que os classificam como imprescindíveis para o debate sobre a humanização nas graduações. Segundo o PPC de Enfermagem, o módulo *Desenvolvimento Humano e Profissional* “[...] ocorre de maneira longitudinal, procurando integrar de forma interdisciplinar os conteúdos”. Sobre *Desenvolvimento Pessoal* o PPC de Medicina diz que este módulo deve desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes para que o egresso seja capaz de, dentre outras coisas:

[...] Utilizar as técnicas de comunicação para lidar com as diversas situações da prática médica, incluindo trabalho em equipe, relação médico-paciente, médico-família e médico-comunidade; [...] Praticar a Medicina Centrada na Pessoa; [...] Identificar situações de conflito moral, quando estas se lhe apresentarem; Analisar os dilemas e conflitos morais da prática médica com base nos referenciais teóricos e metodológicos da Bioética; Resolver situações de conflito moral na prática médica, respeitando os valores próprios, dos pacientes, da família, da equipe de saúde e da comunidade; Debater sobre questões morais da prática médica, argumentando em favor de um ponto de vista e respeitando as posições divergentes; Respeitar os princípios e as normas jurídicas e deontológicas que regem a profissão médica; Refletir sobre sua prática profissional, visando seu aperfeiçoamento. (PPC de Medicina).

Segue abaixo um quadro-resumo dos módulos e disciplinas englobadas por este subtópico.

Quadro 10 – Disciplinas e módulos dos cursos que apresentam elementos relacionados à categoria “Modos humanizados de fazer saúde”

CURSO	DISCIPLINA/MÓDULO	EMENTA
<b>EDUCAÇÃO FÍSICA</b>	Bases históricas e antropológicas da Educação Física	Estudo da gênese e desenvolvimento da cultura corporal nos diferentes modos de produção criados e desenvolvidos pela humanidade. Identificação e compreensão dos sentidos e significados agregados às práticas corporais no processo contínuo de complexificação das sociedades. Estudo dos fatos históricos ligados a Educação física e reflexão sobre Homem em suas múltiplas dimensões, incluindo as questões de gênero como bases para o entendimento da Educação Física como área do conhecimento humano, campo acadêmico e prática pedagógica
	Ética e deontologia	Estudo epistemológico da Ética e da Moral e as inter-relações existentes entre a Ética, a Moral e o Direito. Caracterização da Ética como uma Ética Inserida na Prática. Comparação entre os diferentes modelos explicativos utilizados na ética. Papel ético-político do profissional da educação física no desempenho de sua vida profissional. Reflexão sobre os aspectos éticos envolvidos nas questões relativas a privacidade e confidencialidade, problemas de início e final de vida, alocação de recursos escassos, respeito à pessoa e tomada de decisão e pesquisa
	Prática como componente curricular II - Criação e vivências de intervenções pedagógicas no âmbito da cultura corporal nos diferentes campos de atuação do licenciado	Planejamento e execução de atividades que envolvem diferentes manifestações da cultura corporal em espaços educativos escolar e não escolar. Os espaços de execução de políticas de saúde e dos projetos sócias serão privilegiados, dentre os não escolares. Adoção da prática reflexiva e o respeito à bagagem cultural do sujeito a quem se destina a atividade, como elementos norteadores da intervenção pedagógica
	Linguagem corporal, arte e movimento na escola	Conceituação da Expressão Corporal como a linguagem seminal da Educação Física – origem de todas as outras formas já sistematizadas. A Semiótica e a sua contribuição na superação da dicotomia teoria-prática na Educação Física e a possibilidade de uma prática pedagógica que, para além das formas codificadas de movimentar-se, favoreça novas mensagens gestuais
<b>ENFERMAGEM</b>	Prática como componente curricular VI - Criação e vivências de intervenções pedagógicas no âmbito das Políticas Públicas em Educação, Saúde e Cultura.	Estudos de ampliação e aprofundamento sobre a educação, a saúde e a cultura como dimensões estruturantes da vida em sociedade. Reflexão das políticas públicas como produto das relações travadas entre indivíduos organizados ou não em grupos, e instituições que disputam espaços e fazem representar seus interesses em espaços decisórios da sociedade. Planejamento, vivências e registros de atividades em escolas, espaços de execução de políticas de saúde e projetos sociais. A prática pedagógica será estratégia articuladora do licenciado na condução das atividades nas três dimensões societárias e espaços de políticas públicas. O respeito à dignidade humana será um dos princípios animadores da prática pedagógica na condução das atividades.
	Desenvolvimento Humano e Profissional I	Técnicas de Comunicação Oral. Técnicas de Fichamento e leitura interpretativa. Valorização do processo de autoconhecimento da conscientização. Comunicação afetiva e comunicação interpessoal. Teorias de desenvolvimento da personalidade sobre a ótica psicanalista. Ética, Moral e Deontologia. Bioética e sua natureza histórica. Bioética e Enfermagem. Aspectos normativos do exercício profissional de Enfermagem.
	Desenvolvimento Humano e Profissional III	Necessidades de segurança e autoestima. Relações interpessoais. Bioética e Saúde Pública. Estado da Questão. Abordagens e Tipologia de Estudos. Noções de pesquisa documental. Comunicação escrita/registo em enfermagem. Habilidades de comunicação

(equipe multiprofissional e com a comunidade). Desenvolvimento do compromisso social e profissional: Gestão do trabalho e educação na Saúde.

	Cuidados Continuados em Saúde	Compreender a dimensão psicológica na saúde e no desenvolvimento humano durante a senescência. Estudar a psicologia, a ética e a abordagem das diversas afecções agudas e crônicas. Discutir sobre questões fundamentais relacionadas com a filosofia, a ética e a prática dos Cuidados Paliativos (CP). Propor reflexões sobre a morte e a ética médica no final da vida, estimulando nos futuros profissionais uma atitude humanitária em relação àquele que está sofrendo. Desenvolver habilidades de interação com paciente, família, cuidador e equipe de saúde, bem como de comunicação de más notícias em saúde.
	Habilidades e Atitudes Médicas	Vocação e Habilidades Médicas. A Família e o Processo de Saúde e Doença. A personalidade e suas implicações no campo da saúde. Reflexão ética sobre a rotina acadêmica. Relações Interpessoais. Comunicação verbal e não verbal. A construção do vínculo terapêutico.
	Habilidades e Atitudes Médicas: da Infância à Vida Adulta	Abordar noções básicas acerca da dimensão psicológica no processo de saúde e doença considerando o desenvolvimento humano desde o período gestacional à vida adulta. Refletir questões relacionadas à ética do estudante e do profissional de medicina na atenção à saúde da criança e do adulto. Desenvolver habilidades na comunicação com paciente pediátrico e sua família e na estruturação do vínculo terapêutico.
<b>MEDICINA</b>	Bioética Clínica e Deontologia Médica	O estudo das implicações éticas de uma ação transdisciplinar em face dos desafios epistemológicos contemporâneos, diante dos novos paradigmas em atenção à saúde. A posição da Bioética como construtora de cidadania. A Bioética como balizadora da legitimidade profissional na área da Saúde. A relação médico-paciente pelo prisma da Bioética. Direitos humanos e de pessoas com deficiência. Aspectos práticos e legais do exercício da profissão. Responsabilidade, direitos e deveres do médico. Conduta em situações críticas: morte, situações de emergência. Comunicação de más notícias e perdas a pacientes e familiares. Prescrição de medicamentos, atestados e licenças. Relação médico-paciente: aspectos éticos e direitos dos pacientes crônicos, terminais, com neoplasias. Aspectos éticos e legais nos transplantes. O médico e a saúde pública: doenças de notificação compulsória.
	Direitos Humanos	Direitos Humanos, democratização da sociedade, cultura e paz e cidadanias. O nascituro, a criança e o adolescente como sujeitos de direito: perspectiva histórica e legal. O ECA e a rede de proteção integral. Educação em direitos humanos na escola: princípios orientadores e metodologias. O direito à educação como direito humano potencializador de outros direitos. Movimentos, instituições e redes em defesa do direito à educação. Igualdade e diversidade: direitos sexuais, diversidade religiosa e diversidade étnica. Os direitos humanos de crianças e de adolescentes nos meios de comunicação e nas mídias digitais.
	Os Aspectos Psicológicos da Prática Médica	Estudo sobre questões fundamentais relacionadas com a formação da escuta e do vínculo terapêuticos, propondo aos estudantes da graduação de Medicina uma reflexão sobre a importância do campo relacional para a prática clínica.
<b>ODONTOLOGIA</b>	Introdução à Odontologia	O ser humano na dimensão biopsicossocial. Características geográficas e socioeconômicas da região Nordeste. O papel da Universidade na sociedade atual. Visão geral da Odontologia e do exercício profissional. O papel do cirurgião-dentista. O acesso à informação. O perfil do cirurgião-dentista a ser formado. As diretrizes curriculares e o currículo do Curso de Odontologia: estrutura curricular e modelo pedagógico.
	Psicologia do Desenvolvimento	A constituição da Psicologia do Desenvolvimento como área de conhecimento. Teorias psicológicas a respeito do Desenvolvimento Humano. Teoria do Ciclo Vital. Ciclos de Vida do pré-natal à velhice: dimensões cognitivas, afetivas e psicossociais. A relação entre

		profissional da área de saúde e paciente.
	Estágio em Clínica Integrada 1	Exercitar o desenvolvimento do planejamento integrado e no atendimento de urgências em Odontologia. Exercitar tarefas aprendidas nas diversas áreas de conhecimento odontológico desenvolvendo a prática da clínica geral, com uma abordagem integral ao paciente, respeitando os princípios éticos no exercício profissional, estimulando a autonomia do aluno, capacidade de tomada de decisões, afetividade na relação paciente-profissional.
	Estágio em Clínica Infantil 1	Exercitar tarefas aprendidas nas diversas áreas de conhecimento odontológico desenvolvendo a prática da clínica geral, com uma abordagem integral ao paciente infantil, respeitando os princípios éticos no exercício profissional, estimulando a autonomia do aluno, capacidade de tomada de decisões, afetividade na relação paciente-profissional.
	Estágio em Clínica Integrada 2	Exercitar o desenvolvimento do planejamento integrado e do atendimento em clínica multidisciplinar de pacientes com demandas de alta complexidade em termos de saúde bucal, e realizar do atendimento de urgências em Odontologia. Exercitar tarefas aprendidas nas diversas áreas de conhecimento odontológico desenvolvendo a prática da clínica geral, com uma abordagem integral ao paciente, respeitando os princípios éticos no exercício profissional, estimulando a autonomia do aluno, capacidade de tomada de decisões, afetividade na relação paciente-profissional.
	Estágio em Clínica Infantil 2	Exercitar tarefas aprendidas nas diversas áreas de conhecimento odontológico desenvolvendo a prática da clínica geral, com uma abordagem integral ao paciente infantil, respeitando os princípios éticos no exercício profissional, estimulando a autonomia do aluno, capacidade de tomada de decisões, afetividade na relação paciente-profissional.
	Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais	Conceito e classificação de pessoa com necessidade especial; Avaliação clínica e laboratorial dos pacientes com necessidades especiais; Relacionamento entre profissional, pais e pacientes na atenção odontológica ao portados de necessidades especiais. Diagnóstico das alterações craniofaciais mais frequentes; Distúrbios metabólicos; Terapêutica clínica aplicada a pacientes com necessidade especiais; Farmacologia aplicada; Risco no tratamento odontológico.
<b>PSICOLOGIA</b>	Ética e Psicologia	A questão ética e a modernidade. Alteridade e subjetividade. Ética e Psicologia: limites da ciência e abertura da filosofia. Psicologias: conhecimento aplicação. Responsabilidade social: ética e política.
	Teorias e práticas em Psicologia Social I	História, conceito e abordagens em Psicologia Social. Categorias psicossociais nas vertentes em psicologia social. A teoria histórico-cultural e seu desdobramento na América Latina. O compromisso ético político do psicólogo social.
	TTP I: Fenomenologia Existencial e Humanismo	Bases teóricas das abordagens fenomenológico-existenciais: a abordagem centrada na pessoa e a Gestalt-Terapia; objetivos terapêuticos, contrato, vínculo terapêutico; o papel da técnica; condução do processo, mudança terapêutica e encerramento.

Fonte: elaborado pelo autor.



#### 5.4 A humanização através dos discursos dos docentes

A construção dos elementos deste tópico se deu através de várias etapas de trabalho, algumas delas já citadas anteriormente. A partir do Referencial Teórico sobre a humanização, a PNH e as formações da área da saúde, formulou-se o Roteiro de Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE B). O roteiro possui quatro grupos de perguntas (temas), sendo que o primeiro (Identificação) foi utilizado neste trabalho na caracterização dos docentes participantes do estudo. Já os outros grupos, referentes aos elementos da humanização, serão apresentados neste tópico.

As entrevistas com os 5 docentes geraram 34 laudas de texto bruto. Inicialmente foram realizadas leituras flutuantes e anotações, no sentido de absorver os conteúdos apresentados pelos sujeitos e a definição de pré-categorias. Ao todo, foram identificadas 29 pré-categorias referentes aos conteúdos proferidos pelos entrevistados. Em seguida, seguiram-se leituras aprofundadas com o intuito de reunir e aproximar algumas falas e de criar categorias de análise (Ideias Centrais - ICs). Após a revisão intensa das entrevistas foram definidas 17 ICs. O quadro abaixo apresenta quais são elas.

Quadro 11 – Ideias Centrais dos DSCs

Nº	IDEIA CENTRAL (IC)
1	Falta de conhecimento / falta de interesse sobre a humanização.
2	A humanização como valorização da reflexão / participação / protagonismo / criticidade dos atores do ensino/prática de saúde.
3	A humanização como sinônimo de uma relação humana plena: respeito, empatia, disponibilidade, escuta, não-hierarquização e autenticidade.
4	A humanização como superação da mera aplicação da técnica, da mecanização e do conhecimento hegemônico / da lógica de mercado.
5	A necessidade de modificação dos currículos de graduação: transversalidade, longitudinalidade e reconhecimento da humanização como elemento central.
6	A “anti-humanização” presente na formação profissional e atuação dos egressos.
7	Metodologias de ensino que favorecem o ensino e a prática da humanização.
8	A humanização como elemento difuso / abstrato / de caráter individual nas formações acadêmicas e na prática profissional.
9	O ensino da humanização através das vivências: estágios, extensões, prática profissional, simulações.
10	O reconhecimento da importância da Política Nacional de Humanização.

- |    |  |
|----|--|
| 11 | Disciplinas nos cursos de graduação que favorecem o ensino da humanização.   |
| 12 | As extensões acadêmicas como ferramenta de desenvolvimento da humanização.   |
| 13 | Reconhecimento do impacto das mudanças curriculares e pedagógicas na formação profissional e atuação dos egressos. |
| 14 | Reconhecimento e valorização da dimensão “Atitude” nas formações da saúde.   |
| 15 | Necessidade de capacitação e formação dos docentes para o ensino da humanização.                                   |
| 16 | “A humanização dá trabalho”.   |
| 17 | O adoecimento dos alunos e a necessidade de cuidado com os discentes.  |

Fonte: elaborado pelo autor.

Após a definição das ICs, o material das entrevistas foi dividido por perguntas. Para cada pergunta foram selecionadas diversas ICs (algumas delas se repetiram ao longo das entrevistas), com várias Expressões-chave reunidas em cada uma delas. Após a realização deste trabalho, foram elaborados os DSCs de cada IC para todas as perguntas. Cada questão possui pelo menos três ICs, sendo que a média é de aproximadamente 7 ICs em cada questão. Esta característica reflete a diversidade de informações e conteúdos presentes nos discursos dos docentes. O próximo quadro ilustra os temas, as questões e as ICs presentes em cada uma delas.

Quadro 12 – Temas, questões e ICs relativos às entrevistas com os docentes

TEMAS (T)	QUESTÕES (Q)	ICs
<b>NOÇÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO</b>	<b>Q1</b> Como o(a) Sr.(a) poderia definir o conceito de humanização?	2, 3, 14
	<b>Q2</b> Como o(a) Sr.(a) poderia definir a Política Nacional de Humanização em Saúde?	1, 3, 4, 6, 10
	<b>Q3</b> Como o(a) Sr.(a) poderia definir o ensino da humanização em cursos da saúde?	2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 17
<b>PERCEPÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NO PPC E NA ESTRUTURA DE FUNCIONAMENTO DO CURSO</b>	<b>Q4</b> Temas relacionados à humanização estão presentes no PPC do curso que o(a) Sr.(a) atua?	4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 17
	<b>Q5</b> O(a) Sr.(a) poderia descrever como acontece o ensino da humanização no seu curso (disciplinas, estágios, extensões, etc.)?	3, 6, 8, 9, 11, 12, 17
	<b>Q6</b> Como o(a) Sr.(a) poderia mensurar e classificar o espaço que o ensino da humanização ocupa no currículo deste curso?	5, 7, 8, 11, 17

<b>PERCEPÇÃO DO IMPACTO DO ENSINO DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO DOS EGRESSOS DO CURSO</b>	<b>Q7</b> O ensino da humanização afeta qualitativamente a formação dos alunos? E quanto a atuação profissional dos egressos?	3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 14
	<b>Q8</b> Quais são, em sua opinião, os desafios para o ensino e a prática de trabalho humanizados?	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16
<b>SUGESTÕES PARA O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO</b>	<b>Q9</b> O (a) Sr.(a) poderia citar algumas sugestões, a partir de sua experiência, que sejam úteis para o ensino da humanização em saúde?	4, 5, 6, 9, 12, 15, 16, 17
		<b>TOTAL (DSC): 64</b>

Fonte: elaborado pelo autor.

Por conta do volume de informações processadas para a concepção de cada Discurso do Sujeito Coletivo, optou-se por não incluir neste trabalho o passo-a-passo da construção dos mesmos, com o objetivo de facilitar a leitura e o acesso às informações mais relevantes (no tópico da Metodologia deste trabalho foi apresentado um exemplo de como se deu a construção do DSC (Q6-IC8)). Adicionalmente aos DSC, as Questões 4, 6 e 7 também são apresentadas neste tópico através de gráficos, uma vez que favoreceram respostas mais objetivas por parte dos entrevistados.

Ao final da apresentação dos DSCs de cada questão serão feitas considerações e articulações dos elementos presentes nos PPCs com as ideias constantes no Referencial Teórico.

#### **5.4.1 Tema 1 – Noções sobre humanização**

##### **5.4.1.1 Questão 1 – Como o(a) Sr.(a) poderia definir o conceito de humanização?**

**IDEIA CENTRAL 2 - A HUMANIZAÇÃO COMO VALORIZAÇÃO DA REFLEXÃO / PARTICIPAÇÃO / PROTAGONISMO / CRITICIDADE DOS ATORES DO ENSINO/PRÁTICA DE SAÚDE**

#### **DSC**

*“Relações horizontais, no caso da saúde entre profissionais e beneficiários daquele trabalho, no sentido de que eles sejam participantes diretos da sua clínica, do processo terapêutico, do plano*

*terapêutico, sejam corresponsáveis, mas também sejam um interventor nisso, de modo que ele possa ser consciente do processo que está sendo desenvolvido e não um "paciente", um passivo."*

**IDEIA CENTRAL 3 - A HUMANIZAÇÃO COMO SINÔNIMO DE UMA RELAÇÃO HUMANA  
PLENA: RESPEITO, EMPATIA, DISPONIBILIDADE, ESCUTA, NÃO-HIERARQUIZAÇÃO E  
AUTENTICIDADE**

**DSC**

*"Eu acredito que humanização é conseguir enxergar e lidar com o outro, identificar que o outro tem singularidades e especificidades. É empatia. Eu acho que tá fundamentalmente nesse reconhecimento e entendimento do outro, inclusive como alguém que tem necessidades e possibilidades. E, a partir daí, pensar em uma forma de cuidado, uma forma de atenção, uma forma de reconhecer aquela pessoa como importante dentro do processo, onde ele possa ser respeitado na dimensão do que ele compreende que é bom pra ele, no geral e também nos serviços de saúde. Então humanização é lidar com o próximo da melhor forma possível, em que eu procuro estar beneficiando o outro sem que eu me preocupe com o benefício próprio. Humanizar tem a ver com o acolhimento, com acolher. Então, pra tentar resumir, eu entendo que a humanização envolve fortemente a possibilidade de reconhecimento do outro nas suas potencialidades, nas suas possibilidades, respeitando o ser humano como pessoa, do ponto de vista psicológico, do ponto de vista social, do ponto de vista de escolha de gênero, do ponto de vista de escolhas psicológicas."*

**IDEIA CENTRAL 14 - RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DA DIMENSÃO "ATITUDE" NAS  
FORMAÇÕES DA SAÚDE**

**DSC**

*"É interessante refletir: quando é que a gente achou necessário falar de humanização? Quando é que a gente viu ser necessário? Eu tenho a sensação que foi necessário começar a falar de humanização quando a gente começou a perceber que algo que era muito próprio do campo da saúde, ou mesmo do cuidado, foi se perdendo".*

Nesta questão os docentes tiveram a liberdade para discorrer sobre a humanização sem se ater à PNH ou a qualquer elemento presente nos PPCs, o que favoreceu a aparição de respostas espontâneas e menos "teóricas". Três elementos se destacam nestes DSCs: a

valorização da autonomia e responsabilidade dos participantes da saúde; o reconhecimento e o acolhimento ao outro; e o questionamento sobre quando se fez necessário falar sobre a humanização. Este último componente está intrinsecamente ligado aos outros dois, quando diz que *“foi necessário começar a falar de humanização quando a gente começou a perceber que algo que era muito próprio do campo da saúde, ou mesmo do cuidado, foi se perdendo”* (Q1-IC14). Desta forma, faz sentindo que a humanização, como foi caracterizada pelos docentes, venha “reparar” o que se deteriorou no campo da saúde, especialmente no tocante às relações humanas promotoras do cuidado.

O discurso coletivo referente à IC3 também menciona o acolhimento e o acolher. Estas atitudes dizem respeito à necessidade de olhar para o outro como pessoa, dotada de anseios, angústias e necessidades, e de propiciar-lhes o melhor atendimento possível, sem se preocupar com o benefício próprio. Estas concepções se vinculam às diretrizes fundamentais presentes na PNH e também à humanização como apresentada anteriormente pela literatura científica.

5.4.1.2 *Questão 2 – Como o(a) Sr.(a) poderia definir a Política Nacional de Humanização em Saúde?*

*IDEIA CENTRAL 1 – FALTA DE CONHECIMENTO / FALTA DE INTERESSE SOBRE A HUMANIZAÇÃO.*

**DSC**

*“Não sei. O último contato que eu tive com a Política Nacional de Humanização fazem muitos anos já. Eu não sei, a rigor, como é que isso está hoje. Ela já é até uma política um tanto antiga, né?.”*

*IDEIA CENTRAL 3 – A HUMANIZAÇÃO COMO SINÔNIMO DE UMA RELAÇÃO HUMANA PLENA: RESPEITO, EMPATIA, DISPONIBILIDADE, ESCUTA, NÃO-HIERARQUIZAÇÃO E AUTENTICIDADE.*

**DSC**

*“Consiste um pouco dentro daquilo que eu já falei, de entender o ser humano como uma visão global, do ponto de vista social, psicológico e físico, respeitando as suas individualidades, respeitando a sua*

*cultura, respeitando a sua religião, respeitando o seu desejo de gênero, e isso passa em várias esferas, desde o seu nascimento até a morte. Acho que o que a gente mais trabalha na condição de profissional de saúde mental é com a dimensão da disponibilidade. E acho que uma política de humanização ela parece fazer sentido exatamente quando a gente começa a perceber que há uma série de demandas de cuidado e pouca disponibilidade pra cuidar”.*

**IDEIA CENTRAL 4 – A HUMANIZAÇÃO COMO SUPERAÇÃO DA MERA APLICAÇÃO DA TÉCNICA, DA MECANIZAÇÃO E DO CONHECIMENTO HEGEMÔNICO / DA LÓGICA DE MERCADO.**

**DSC**

*“Eu acho que uma política de humanização ela serve bastante pra pensar as categorias biomédicas, ou na verdade muito fortemente a medicina; na medida em que eu acho que na medicina você tem um esfacelamento dessa relação, né? Porque você tem uma série de categorias profissionais que passam pelo fenômeno da superespecialização, quando eu cada vez mais vou me superespecializando, eu cada vez menos tenho uma leitura da totalidade, do indivíduo na sua integralidade. Com a criação de uma política o objetivo principal era superar essa perspectiva biomédica e prescritiva da clínica, do tratamento, do acompanhamento daqueles pacientes, mas também melhorar as relações. Então eu fico pensando que talvez essas categorias que estão mais ligadas à técnica, ou à uma tendência a uma tecnificação, são essas categorias que talvez se distanciem, e daí a necessidade de uma política de humanização”.*

**IDEIA CENTRAL 6 – A “ANTI-HUMANIZAÇÃO” PRESENTE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO DOS EGRESSOS.**

**DSC**

*“Eu confesso que acho muito esquisito que a gente precise discutir isso. Porque quando eu não estou disponível pra ouvir as falas dos usuários, ou mesmo seus delírios, é um modo talvez de não reconhecê-los. E às vezes o profissional tem uma série de obrigações ali que ele não está muitas vezes disponível. Eu não sei se isso representa a necessidade de humanização, mas eu sei que é também a partir da linguagem, a partir da fala e da escuta que muitas vezes o outro se estrutura. É aquela velha discussão: isso é o que normalmente existe no papel, e a gente muitas vezes não consegue dar todo o direito, desde a fundação do SUS, o Sistema Único de Saúde, que diz que todo mundo tem*

*direito a educação, à saúde, e infelizmente não é o que a gente vê”.*

**IDEIA CENTRAL 10 – O RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

**DSC**

*“A Política Nacional de Humanização é um marco que a gente teve no acolhimento das unidades hospitalares, na avaliação de risco e vulnerabilidades. Há uma crítica de: “até que ponto é necessário a gente ter uma política para humanizar o humano”, mas eu visualizo essa necessidade dessa Política pra fazer com que a gente transforme o cotidiano do trabalho, de fazer com que o profissional reconheça a necessidade de superar as relações mecanizadas e de repensar o serviço. Essa Política Nacional de Humanização ela vem muitas vezes pra lembrar: “olha, acorda, que você precisa reconhecer aquela pessoa dentro da sua singularidade”. Então ela é um marco pro SUS, no sentido que ela vem nesse movimento contra-hegemônico, de reconhecer o papel da equipe multiprofissional, de reconhecer a importância da colaboração interprofissional, de reconhecer a importância do usuário no processo de tomada de decisão, do planejamento estratégico”.*

Nesta questão temos algumas ideias contrastantes. O DSC (Q2-IC1) expõe a falta de familiaridade com a Política Nacional de Humanização, que permite a formulação de algumas teorias, tais como: desinteresse pelo assunto e falta de conhecimento. Como foi dito anteriormente, estas características são complementares: se não há interesse pela humanização ou de se conhecer a PNH, não haverá conhecimento e articulação de seus preceitos por aquele docente.

Por outro lado, o DSC (Q2-IC10) fala da Política como um marco para o sistema público de saúde, em suas várias dimensões. Esta fala toca no acolhimento das unidades de saúde, nas avaliações de risco e vulnerabilidade, na superação dos movimentos hegemônicos de saúde e no reconhecimento e valorização do trabalho multiprofissional. Este discurso concentra vários ingredientes da PNH e também diz da importância de termos uma política de humanização, afirmando que a PNH vem para *“fazer com que a gente transforme o cotidiano do trabalho, de fazer com que o profissional reconheça a necessidade de superar as relações mecanizadas e de repensar o serviço”.*

O DSC (Q2-IC4) diz que uma política de humanização visa superar a visão

biomédica da saúde, que reduz os profissionais à meros aplicadores de técnicas e que não estão atentos às outras necessidades dos usuários. Esta fala também cita a superespecialização e ressalta a necessidade do olhar sobre o todo, do olhar *holístico*.

Já o DSC (Q2-IC6) toca em uma questão que se repetirá ao longo das outras perguntas: comportamentos, práticas, estruturas ou mecanismos das formações ou do trabalho em saúde que prejudicam tudo aquilo que foi chamado até aqui de *humanização*. Neste discurso específico a *pessoa coletiva* aborda a questão dos profissionais que têm uma série de obrigações – e nesse ponto nós podemos supor que sejam os protocolos, diretrizes, POPs<sup>1</sup>, preenchimento de fichas, prontuários, sistemas, etc. – e que, por conta do volume de exigências, não *pode* estar disponível para ouvir as falas dos usuários.

5.4.1.3 *Questão 3 – Como o(a) Sr.(a) poderia definir o ensino da humanização em cursos da saúde?*

**IDEIA CENTRAL 2 – A HUMANIZAÇÃO COMO VALORIZAÇÃO DA REFLEXÃO / PARTICIPAÇÃO / PROTAGONISMO / CRITICIDADE DOS ATORES DO ENSINO/PRÁTICA DE SAÚDE.**

**DSC**

*A gente precisa melhorar muito nessa perspectiva do desenvolvimento da autonomia, da emancipação dos estudantes, já que serão profissionais eles precisam ter isso.*

**IDEIA CENTRAL 3 – A HUMANIZAÇÃO COMO SINÔNIMO DE UMA RELAÇÃO HUMANA PLENA: RESPEITO, EMPATIA, DISPONIBILIDADE, ESCUTA, NÃO-HIERARQUIZAÇÃO E AUTENTICIDADE.**

**DSC**

*É importante que se mostre a importância da humanização desde o tratamento do aluno em relação aos funcionários, do corpo de servidores, como o sentido inverso. Dentro do hospital, por exemplo, eu percebi que as maiores dificuldades dos alunos não eram dificuldades relacionadas à técnica, ao*

---

<sup>1</sup> Procedimentos Operacionais Padrão, que orientam as equipes quanto aos procedimentos a serem realizados nas diversas áreas da saúde.



*procedimento. As maiores dificuldades, o que eu acabava dispensando mais tempo do meu trabalho enquanto docente era ir pra lá pra poder resolver situações de cunho relacional, da relação entre a equipe com o usuário, de como ele acolhe aquele usuário, de como ele está dentro da equipe.*

**IDEIA CENTRAL 5 – A NECESSIDADE DE MODIFICAÇÃO DOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO: TRANSVERSALIDADE, LONGITUDINALIDADE E RECONHECIMENTO DA HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO CENTRAL.**

**DSC**

*Eu acredito que ainda existe uma deficiência, uma necessidade de pensar a humanização de forma transversal realmente, nos outros módulos do curso, pra que a gente consiga trabalhar isso desde a parte teórica como a parte prática também. Alguns alunos lembram o quanto que eles não deram o valor devido à esses módulos e quando chegaram lá no final do curso eles viram a necessidade de se pensar e de se ter mais espaço, de se trabalhar a humanização. E mesmo com algumas modificações nas matrizes curriculares que foram feitas pra incorporar a humanização, eu ainda visualizo uma deficiência, uma necessidade de a gente conseguir pensar a humanização de uma forma transversal ao currículo, porque isso ainda acaba acontecendo de forma pontual. Ainda se enxerga pouco a relação entre as disciplinas, não há uma compreensão ainda de ciclos de formação, as disciplinas são todas desarticuladas e o estudante é que faz a articulação disso pra se entender um profissional depois. Eu sinto que os cursos ainda precisam avançar muito com relação a isso. Porque pouco se discute, se fala da política, dessa forma, como uma política, como algo que orienta, mas não como um eixo transversal que transcende o curso todo, que se articula no curso todo.*

**IDEIA CENTRAL 6 – A “ANTI-HUMANIZAÇÃO” PRESENTE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO DOS EGRESSOS.**

**DSC**

*Durante muito tempo os cursos de saúde pegavam os alunos, jogavam dentro da sala e não se conversava nada de como é que o paciente deveria ser tratado, de que forma que ele deveria ser acolhido, e acabava que a gente aprendia meio que de supetão, vendo o que o professor fazia. Assim em muitas vezes a gente levava coisas pra nossa vida profissional que não eram adequadas. E quase todos os cursos ainda tem sua formação voltada para a clínica privada. São formações privatistas, elitistas. E pouco se vê articulação com a Estratégia Saúde da Família e consequentemente com a*

*perspectiva da abordagem ao paciente, ao usuário de maneira humanizada.*

**IDEIA CENTRAL 7 – METODOLOGIAS DE ENSINO QUE FAVORECEM O ENSINO E A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO.**

**DSC**

*A forma metodológica de trabalhar com o estudante, não só com o aulismo, com exposições, apresentações dos conteúdos, ou a transmissão do conteúdo, mas também fazer com que o aluno seja um sujeito autônomo também no processo de formação, que eu sinto que isso ainda é algo distante. Nas minhas aulas eu tenho tentado trabalhar de forma mais dinâmica com os alunos, não só em questão de sala de aula, falando e eles escutando. Então principalmente na anatomia a gente trabalha com várias metodologias ativas. Então a gente pegar a teoria, e fazer outras atividades mais práticas faz com que eles tenham mais vontade. O que tenho percebido é que eles têm se envolvido mais. Então talvez com esse envolvimento com metodologias diferentes a gente consiga humanizar por trazê-los sem fazer uma separação muito grande entre professor e alunos e entres os conteúdos.*

**IDEIA CENTRAL 9 – O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO ATRAVÉS DAS VIVÊNCIAS: ESTÁGIOS, EXTENSÕES, PRÁTICA PROFISSIONAL, SIMULAÇÕES.**

**DSC**

*É estar inserindo os alunos em ambientes de simulação. É muito importante em que você coloca um aluno como sendo o médico ou o psicólogo ou o enfermeiro e um outro como sendo o paciente, pra que esse se sinta no lugar do paciente e possa tá colocando posições depois num grupo maior de discussão, da forma como ele gostaria de ser tratado e da forma como ele gostaria de ser trabalhado. É trabalhar resolução de conflitos, é trabalhar simulação de más notícias, é trabalhar simulação de boas notícias, pra que o aluno possa trabalhar isso inicialmente no curso e depois levar pra parte assistencial.*

*IDEIA CENTRAL 11 – DISCIPLINAS NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO QUE FAVORECEM O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO.*

**DSC**

*Através de disciplinas de trabalham o desenvolvimento pessoal do aluno, através de momento em que você coloca alunos de posição diferente, de opiniões diferentes, dentro de uma mesma turma, em que você incentive essa discussão salutar, em que eles aprendam a se respeitar. Alguns módulos tem o eixo de trabalhar a perspectiva da ética, de trabalhar o trabalho em equipe, o acolhimento, então ele vem muito nesse sentido desses aspectos da humanização e do desenvolvimento do aluno dentro da singularidade do aluno. Os módulos de Desenvolvimento Pessoal vêm muito forte no uso das metodologias ativas, né? Isso é importante porque pra trabalhar a humanização a gente necessita de pensar essas outras metodologias, mas muitas vezes o aluno pensa: “é melhor eu focar meu esforço, deixar de ir pra essa aula porque eu tenho que estudar uma prova de outra disciplina. Então ela acaba não tendo aquele espaço dentro da matriz e acaba que muitas vezes a gente não consegue trabalhar. E muitas vezes a disciplina é vista tanto pelos colegas professores que não são do módulo, quanto muitas vezes pela maior parte dos alunos, como aquele módulo assim: “oh, aquele módulo é muito tranquilo, aquele módulo que não tem prova, que não tem prova prática, que muitas vezes não tem estágio”. É o módulo da discussão, “ah, a gente só vai lá pra conversar”.*

*IDEIA CENTRAL 17 – O ADOECIMENTO DOS ALUNOS E A NECESSIDADE DE CUIDADO COM OS DISCENTES.*

**DSC**

*Nós temos uma série de estudantes adoecidos. O ENEM trouxe essa globalização da possibilidade dos estudantes de diversas partes do Brasil acessar diversos lugares. Então eu penso que o ENEM foi criado com essa possibilidade, mas não se criou políticas efetivas de manutenção desses estudantes aqui. Parece que quando o aluno chega no nível superior, um pouco da humanização é esquecida: cada um tem que se virar da sua forma, e apesar da autonomia ser interessante, parece que a pessoa que tá ao lado não pode dá essa acolhida pra ele. Então são estudantes que moram em lugares muito ruins, que se alimentam de um jeito muito ruim, que não tem renda... E aí tem uma relação também política: o acesso que se tem a meios de permanência dentro da universidade não são suficientes, bolsas, etc., e isso tem que ser iniciado desde o acolhimento. Então o aluno chegou a primeira vez na universidade, ele tem que se sentir acolhido dentro da universidade. Então na relação entre os*

*alunos, quando esses conflitos não são resolvidos ou internamente ou quando a instituição não consegue ajudá-los, leva a um número grande que a gente infelizmente ainda tem que são alunos com depressão, com ideias de suicídio, tentativas de suicídio, que é algo que angustia muito. E muitas vezes é necessário fazer uma escuta, uma escuta terapêutica. É um modelo de cuidado que talvez, a rigor, não caberia, mas que era necessário ali, né? Isso é muito recorrente, sabe? Muito frequente ter que perguntar a um aluno como ele está, como ele estava lidando com aquilo. Então eu tenho a sensação que esses são os principais exercícios da gente compreender a humanização, de estudantes que demandavam e demandam cuidado.*

Sobre o que os docentes entendem por ensino da humanização, algumas ideias apresentadas anteriormente são retomadas. O DSC (Q3-IC3) fala da importância de mostrar ao aluno o valor da humanização através do contato com todos os partícipes das formações acadêmicas, sejam eles docentes, pessoal técnico-administrativo ou outros discentes. Seguindo essa linha de raciocínio, quando você apenas “joga” o aluno dentro da universidade, sem o cuidado com as relações ou com a humanização, a tendência é a construção de uma formação de desumana, onde outros fatores se sobressaem, como o interesse financeiro ou a desarticulação com os princípios básicos do SUS (Q2-IC6).

O ensino da humanização aparece através do discurso dos docentes sob as seguintes percepções: incluir a temática da humanização de maneira transversal nos currículos (Q3-IC5); favorecer ao aluno novas metodologias e didáticas que estimulem o pensamento crítico, a tomada de decisões e a responsabilidade (Q3-IC7); incentivar os ambientes de simulação nas graduações; e valorizar as disciplinas que abordam temáticas como: ética, relacionamento interpessoal, interdisciplinaridade, etc. (Q3-IC11).

As ICs 5 e 11 se complementam ao discorrer sobre a importância de certas disciplinas para o debate sobre a humanização (como Desenvolvimento Pessoal - DP) e sobre o dever de apresentar tais conteúdos de forma linear, sucessiva e estruturante das formações em saúde. A falta de espaço para módulos e disciplinas que para os docentes estão ligadas à temática da humanização faz com que sua importância seja diminuída, provocando um efeito dominó tanto no corpo discente como no corpo docente: quanto menor o espaço de certa disciplina na estrutura do curso, menor será sua importância, o que acarretará em um menor esforço por parte dos alunos e docentes na propagação e assimilação daquele conteúdo. Isso

pode suscitar uma visão “negativa” e displicente sobre o assunto, como: “*oh, aquele módulo é muito tranquilo, aquele módulo que não tem prova, não tem prova prática [...]*” ou “*ah, a gente só vai lá pra conversar*” (Q3-IC11).

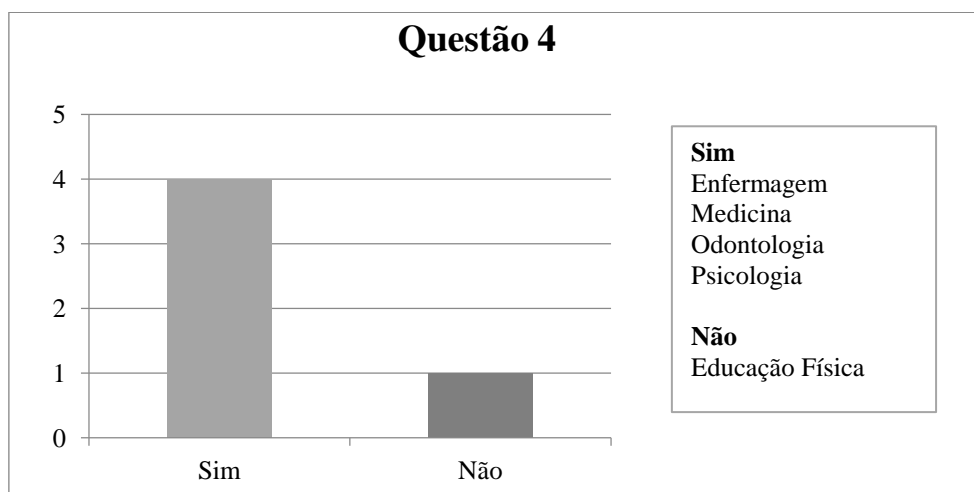
Nesta pergunta também aparece um DSC sobre o adoecimento dos alunos e a necessidade de cuidado para com eles. Para o Discurso (Q3-IC17), o ENEM deu a chance a alunos de diversos locais (e de diversas realidades, através do sistema de cotas) acessarem o ensino superior. Entretanto, considerando a realidade local, não há meios suficientes para se mantê-los frequentando a universidade, e também não há a oferta de uma experiência satisfatória e sadia dentro do ambiente acadêmico. Isso faz com que cada discente tenha que “se virar” para se manter neste espaço. Se junta a isso a dificuldade que alguns alunos enfrentam na transição do ensino médio para o ensino superior, diante de todas as mudanças e novidades que eles precisam absorver.

A fala coletiva diz que as angústias que afligem os discentes provocam estados de sofrimento, levando-os à depressão, ideação suicida, tentativa de suicídio, etc. Com isto posto, os docentes afirmam que o ensino da humanização muitas vezes se dá através de atitudes dos docentes que, via de regra, não estavam previstas, mas que se fazem necessárias e que funcionam como suporte ao aluno que demanda cuidado. Estas atitudes também desempenham uma função pedagógica, no sentido em que se demonstra na prática o cuidado com o outro, a responsabilização, a tomada de decisões, etc.

#### ***5.4.2 Tema 2 – Percepção da humanização no PPC e na estrutura de funcionamento do curso***

*5.4.2.1 Questão 4 – Temas relacionados à humanização estão presentes no PPC do curso que o(a) Sr.(a) atua?*

Gráfico 1 – Resposta objetiva à Questão 4 da entrevista com os docentes



Fonte: elaborado pelo autor.

*IDEIA CENTRAL 4 – A HUMANIZAÇÃO COMO SUPERAÇÃO DA MERA APLICAÇÃO DA TÉCNICA, DA MECANIZAÇÃO E DO CONHECIMENTO HEGEMÔNICO / DA LÓGICA DE MERCADO.*

**DSC**

*Hoje o paciente não admite mais, independente dele tá pagando alguma coisa ou não, que todos nós pagamos, né? E isso que é uma coisa que é trabalhada desde o início. Todo mundo é usuário, que todo mundo paga imposto e que todo mundo tem que ter o direito de ser tratado por igual.*

*IDEIA CENTRAL 5 – A NECESSIDADE DE MODIFICAÇÃO DOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO: TRANSVERSALIDADE, LONGITUDINALIDADE E RECONHECIMENTO DA HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO CENTRAL.*

**DSC**

*Eu sinto que, de longe, os Projetos Político Pedagógicos abordam esse assunto. Eu diria que a gente ainda não conseguiu pensar uma fórmula pra conjugar essa questão da discussão da humanização que ela até aparece nas disciplinas, nas matérias, mas em termos curriculares a gente não conseguiu ainda. E isso pra mim precisa ser repensado: nós não sabemos caminhar. Inclusive os PPC dos cursos estão em processo de revisão, foram retomadas ano passado as discussões sobre as modificações dos projetos.*

*IDEIA CENTRAL 6 – A “ANTI-HUMANIZAÇÃO” PRESENTE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO DOS EGRESSOS.*

**DSC**

*As formações ainda são elitistas, voltado para a exploração do corpo como um objeto de geração de recursos, entendendo que o indivíduo que deseja ter um corpo belo, saudável, ele procura esse profissional e a exploração é justamente relacionada a isso. Também existem componentes dos cursos que são militaristas. Então a gente vê que a atuação de alguns profissionais tem aquele aspecto muito de exército mesmo, na fala, na postura, no treinamento, mas que não é característica de todos, né?*

*IDEIA CENTRAL 8 – A HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO DIFUSO / ABSTRATO / DE CARÁTER INDIVIDUAL NAS FORMAÇÕES ACADÊMICAS E NA PRÁTICA PROFISSIONAL.*

**DSC**

*Algumas profissões elas tem um componente nas tecnologias leves, relacionadas ao relacional. Mas isso não tá expresso nos programas, não é algo proposital, não é algo planejado. É algo eventual que ocorre em decorrência desses fatores que eu falei anteriormente, da espontaneidade do profissional, e das necessidades que o exercício da profissão exige.*

*IDEIA CENTRAL 9 – O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO ATRAVÉS DAS VIVÊNCIAS: ESTÁGIOS, EXTENSÕES, PRÁTICA PROFISSIONAL, SIMULAÇÕES.*

**DSC**

*Alguns módulos de uma forma ou de outra tem algumas coisas da Política, né? E a gente também tem os módulos de práticas interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão, que são módulos onde os alunos tem a oportunidade de vivenciar mais o território, projetos sociais. E nos internatos eles vivenciam isso muito profundamente, eu acredito que a vivência no serviço possibilita que eles tenham alguma reflexão, embora que muitas vezes a gente docente a gente não consegue acompanhar tão bem todo esse processo, porque é muito rico e a gente acaba não conseguindo acompanhar tudo que eles vivenciam. Mas acredito que tudo isso, inicialmente em ambiente de simulação, que é feito na própria escola, é trabalhado e avaliado nos ambientes de assistência, tem a ver com a humanização.*

*IDEIA CENTRAL 11 – DISCIPLINAS NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO QUE FAVORECEM O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO.*

**DSC**

*Os temas relacionados à humanização estão presentes no PPC. Nós temos nos cursos os DHPs, que trabalham essa perspectiva da humanização. O desenvolvimento pessoal vai trabalhar com ele de que forma que ele deve tratar o paciente, que o paciente merece receber um “bom dia”, que tem que ser chamado pelo nome, que ele tem que ser acolhido, que ele tem que ser ouvido, que existe um tempo de consulta necessária para que você consiga colher as informações que você precisa.*

*IDEIA CENTRAL 12 – AS EXTENSÕES ACADÊMICAS COMO FERRAMENTA DE DESENVOLVIMENTO DA HUMANIZAÇÃO.*

**DSC**

*A reformulação dos currículos incluiu uma exigência que é a curricularização da extensão. Em alguns cursos isso é mais real, e em outros muito pouco. Então onde a extensão é muito forte, nós temos muitos projetos de extensão, em que os alunos, quase todos participam. Então eles saem da sala de aula e da clínica, do ambiente da faculdade, pra sair pra comunidade mesmo. Então esse envolvimento dos alunos com a realidade local faz deles alunos diferenciados. E isso aí é estimulado dentro do PPC. E eu acho que vai ser revolucionário incluir as extensões como necessidade, eu acho de muita potência, muitíssima potência. E eu acho que, de fato, é o que a universidade pública tem que se propor a fazer mesmo: pensar esse tripé clássico de extensão, ensino e pesquisa, como tripé que precisa caminhar também na matriz curricular.*

*IDEIA CENTRAL 13 – RECONHECIMENTO DO IMPACTO DAS MUDANÇAS CURRICULARES E PEDAGÓGICAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO DOS EGRESSOS.*

**DSC**

*O Projeto Pedagógico foi atualizado agora em 2017 e ele foi muito elogiado na visita do MEC, e nós tivemos a preocupação de colocar realmente o que a gente via de deficiência. Agora a gente tem a longitudinalidade do Desenvolvimento Pessoal, que começa desde o primeiro semestre e vai até o internato, antes isso não existia. Parecia meio paradoxal o curso em que o aluno tinha um desenvolvimento pessoal até o 8º semestre, que era na graduação propriamente dita, mas quando ele chegava nos dois últimos anos, que era quando ele tinha um contato maior com o paciente, ninguém*



*conversava mais sobre desenvolvimento pessoal. Ou seja, ele se subdesenvolvia quando chegava no internato. Então esses aspectos também hoje estão sendo trabalhos dentro do Projeto Pedagógico do Curso dentro do internato do, que antes não existia.*

**IDEIA CENTRAL 17 – O ADOECIMENTO DOS ALUNOS E A NECESSIDADE DE CUIDADO COM OS DISCENTES.**

**DSC**

*Eu acho que tem algo que é próprio a qualquer currículo, que tende a ser contra a humanização, que é assim: “tudo bem, a gente pode falar, a gente fala de humanização, fala de uma série de coisas, porque entendemos que somos profissionais do cuidado, etc. e tal mas, no segundo semestre, no terceiro semestre, tem oito disciplinas pra fazer, tá?”. E eu penso que a quantidade de carga, de disciplinas e de estudos, isso vai na contramão do que eu entendo como humanização. Então é muito legal poder falar de humanização, mas enquanto que o currículo ele é extremamente pesado pros estudantes. E a universidade mesmo ela não apresenta muitas outras possibilidades, possibilidades que eu diria que são nutritivas, terapêuticas, que eu acho que aí também é um caminho possível pra pensar a humanização. Mas eu também acho que isso deve partir de um reconhecimento por parte do docente de dizer pro aluno: “oh, eu consigo entender que não se pode ler todos os textos, que não dá pra participar de tudo”. Em alguns cursos eu escuto isso que é muito comum: estudantes adoecidos em função da carga maciça de disciplinas. Estudantes com tentativas de suicídio, estudantes com depressão, ansiedade. Então isso é algo muito comum, que é próprio do currículo.*

Quando perguntado sobre a presença da humanização nos PPCs, o docente do curso de Educação Física afirmou que o PPC do seu curso não aborda a questão da humanização. Os outros docentes entrevistados afirmaram que sim, temas relacionados à humanização estão presentes nos Projetos dos seus cursos.

Relacionado à resposta negativa, o DSC (Q4-IC5) diz que a temática da humanização ainda não conseguiu estar presente de maneira global no currículo, mas ressalta que os PPCs estão passando por reestruturações. O Discurso (Q4-IC6) afirma que as formações da saúde ainda são muito elitistas, formando profissionais rígidos e, em alguns casos, com traços militaristas.

Já o Discurso (Q4-13) fala da experiência do sujeito coletivo sobre a atualização

dos PPCs, que já trazem disciplinas como DP de maneira longitudinal. O DSC (Q4-IC12) cita que as reformulações dos Projetos Pedagógicos tem que considerar uma das metas do Plano Nacional de Educação (BRASIL, 2014), a saber:

Meta 12: elevar a taxa bruta de matrícula na educação superior para 50% (cinquenta por cento) e a taxa líquida para 33% (trinta e três por cento) da população de 18 (dezoito) a 24 (vinte e quatro) anos, assegurada a qualidade da oferta e expansão para, pelo menos, 40% (quarenta por cento) das novas matrículas, no segmento público. Estratégias: [...] 12.7) assegurar, no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social; [...]. (p.22)

O tema “curricularização das extensões” foi bastante comentado pelos docentes, estando presente em várias falas. Segundo o último DSC apresentado, a maior presença das extensões nas formações acadêmicas se constitui como um instrumento potente e revolucionário, já que o envolvimento dos alunos com a realidade local e com a sociedade faz com que eles se tornem discentes (e futuramente profissionais) diferenciados.

O DSC (Q4-IC17) retoma a discussão sobre os elementos presentes nas formações acadêmicas que provocam adoecimento nos alunos. O discurso fala que os currículos carregam em si uma característica paradoxal, na medida em que até podem falar sobre humanização, mas ao mesmo tempo projetam sobre os alunos exigências relacionadas à quantidade de disciplinas ou módulos e carga horária a ser cumprida. Para este sujeito coletivo também cabe ao docente ter uma postura mais flexível e de compreensão diante do aluno que se encontra “atolado” em meio às obrigações acadêmicas, e que por vezes adocece diante da quantidade de obrigações e de sua incapacidade em dar conta de todas elas.

*5.4.2.2 Questão 5 – O(a) Sr.(a) poderia descrever como acontece o ensino da humanização no seu curso (disciplinas, estágios, extensões, etc.)?*

**IDEIA CENTRAL 3 – A HUMANIZAÇÃO COMO SINÔNIMO DE UMA RELAÇÃO HUMANA PLENA: RESPEITO, EMPATIA, DISPONIBILIDADE, ESCUTA, NÃO-HIERARQUIZAÇÃO E AUTENTICIDADE.**

**DSC**

*Eu acredito que esse exercício do estudante tentar reconhecer a realidade cultural, tentar muitas vezes se aproximar daquela realidade cultural, pra poder ter acesso ao usuário e fazer com que ele se sinta confortável, eu acho que também é uma experiência de humanização, porque ele reconhece que ele é singular, que ele tem uma realidade e que ele precisa chegar mais próximo a ela. É ter empatia, ter boas relações com as pessoas e valorizar aquela pessoa, ampliando as suas próprias competências, favorecendo que o sujeito seja autônomo. Então ele precisa ter autonomia pra isso acontecer.*

**IDEIA CENTRAL 6 – A “ANTI-HUMANIZAÇÃO” PRESENTE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO DOS EGRESSOS.**

**DSC**

*Tem gente que não tem esse perfil: “olha eu não gosto disso, eu me resolvo sozinho, eu não preciso de ninguém”.*

**IDEIA CENTRAL 8 – A HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO DIFUSO / ABSTRATO / DE CARÁTER INDIVIDUAL NAS FORMAÇÕES ACADÊMICAS E NA PRÁTICA PROFISSIONAL.**

**DSC**

*Então, é algo que não diz respeito ao programa do curso, nem ao Projeto Político Pedagógico, ela diz respeito a natureza do próprio trabalho. Eu acho que isso aparece em um por muitos lugares. Tem uma discussão em alguns cursos que ela é transversal, que é uma discussão de pensar uma ética. Eu não sei que tipos, não tenho como dizer como esse profissional ele sai disso, mas eu consigo afirmar com muita tranquilidade que ele não deixa de discutir questões ligadas a ética. Na verdade, eu acho que se reclama muito porque se discute demais isso. Sempre a prática do profissional, a necessidade do profissional ser rigoroso, cuidadoso com essas questões. Então eu acho que essa discussão ela é muito presente. Sobre a Política de Humanização, eu a rigor não consigo pensar, mas eu consigo entender que discutir sobre o prisma da ética é falar da Política de Humanização.*

**IDEIA CENTRAL 9 – O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO ATRAVÉS DAS VIVÊNCIAS: ESTÁGIOS, EXTENSÕES, PRÁTICA PROFISSIONAL, SIMULAÇÕES.**

**DSC**

*Os estágios que os alunos fazem é dentro das equipes de saúde, ou seja, eles vivenciam a realidade do serviço público. Eles têm na atenção primária e na atenção secundária. Então o estágio tem esses dois momentos: o de vivenciar o serviço e o de fazer essas rodas de conversas, orientações, aulas que chamam na comunidade, hipertensos, grávidas, para poder trabalhar, então eles conseguem trabalhar a humanização.*

**IDEIA CENTRAL 11 – DISCIPLINAS NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO QUE FAVORECEM O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO.**

**DSC**

*Então, lembrar se tem alguma disciplina de humanização mesmo.... Então, em termos de disciplina, não estou lembrando não. Eu acho que não com o tema, ela acontece dentro principalmente dentro da disciplina de Saúde Coletiva. Mas com esse nome, especificamente, não.*

**IDEIA CENTRAL 12 – AS EXTENSÕES ACADÊMICAS COMO FERRAMENTA DE DESENVOLVIMENTO DA HUMANIZAÇÃO.**

**DSC**

*No caso aqui dentro do curso a gente tem os projetos de extensão, que são as ligas acadêmicas. A liga acadêmica vem no sentido muito de promoção da saúde e de prevenção de agravos. Eu acredito que a humanização ela vem com isso muito forte porque eles pensam formas de aproximar, de reconhecer o outro. E aí cada liga acadêmica trabalha especificamente cada assunto. Então existe a preocupação nesse sentido de vários projetos de extensão.*

**IDEIA CENTRAL 17 – O ADOECIMENTO DOS ALUNOS E A NECESSIDADE DE CUIDADO COM OS DISCENTES.**

**DSC**

*A gente fez os alunos plantarem árvores, lá era só de concreto, não tinha um local pros alunos que queriam ficar na hora do almoço. As árvores ainda vão crescer, mas elas foram plantadas pelos alunos, foram escolhidas por eles. É criação de espaços, em que eles se sintam à vontade, confortáveis. É uma sinuca, totó, uma coisa que parece bobagem, mas que é importante dentro desse*

*processo. A partir do momento em que você se sente dentro de um curso, em que você vê que o corpo docente se preocupa em te trazer um processo de humanização, fica muito mais fácil eu devolver isso pro paciente. Então a gente criou um sistema de acolhimento ao aluno chamando mentoring. Hoje todos os alunos que chegam no primeiro semestre eles são divididos em oito a dez grupos em que existe um tutor docente e um tutor discente, ou um mentor, onde são discutidos uma série de coisas, não só relacionados ao curso. Esse programa vem dando muito certo. Ele já existe na USP e em alguns outros cursos, e realmente é um programa que tem se expandido bastante e os alunos tem realmente se sentido acolhidos.*

Nesta questão os docentes expressam como se dá o ensino da humanização em seus cursos. O DSC (Q5-IC6) fala que há alunos que não tem o “perfil da humanização”, no sentido em que não necessitam de suporte ou acompanhamento por parte dos cursos ou que não se mostram acessíveis para discutir esta temática. O Discurso (Q5-IC11) diz que desconhece uma disciplina chamada “Humanização” (ou algo parecido), mas que na disciplina de Saúde Coletiva o tema é trabalho.

O DSC (Q5-IC8), por sua vez, diz que a humanização toca em algo que não diz respeito ao programa do curso propriamente, mas que se aproxima das questões éticas e que tais questões são sempre abordadas pelo curso. O sujeito coletivo diz que às vezes há uma reclamação (sem explicitar que são os reclamantes) de que as discussões éticas são excessivas, mas que falar deste assunto também é falar da política de humanização.

Os DSCs (Q5-IC9) e (Q5-IC12) tratam, respectivamente, sobre o ensino da humanização através das vivências dos discentes nos serviços públicos e da sua atuação nos projetos de extensão. Ambos reforçam a importância da saída do aluno da sala de aula rumo à experimentação e contato com a prática profissional.

Sobre o cuidado com os discentes o DSC (Q5-IC17) apresenta iniciativas que propiciam aos estudantes conforto e bem-estar dentro do ambiente acadêmico: arborização dos espaços comuns, disponibilização de jogos e locais de socialização, etc. Segundo o discurso, tais ações humanizam o aluno e promovem uma posterior “devolução” disso ao paciente. O DSC também fala do *mentoring*, que é um programa de acolhimento aos alunos novatos, onde discentes veteranos e docentes debatem temas e criam espaços para relacionamento interpessoal.

5.4.2.3 *Questão 6 – Como o(a) Sr.(a) poderia mensurar e classificar o espaço que o ensino da humanização ocupa no currículo deste curso?*

Quadro 13 – Resposta objetiva à Questão 6 da entrevista com os docentes

CURSO	ESPAÇO NO PPC
EDUCAÇÃO FÍSICA	Não é possível mensurar
ENFERMAGEM	Menos da metade do curso
MEDICINA	40%
ODONTOLOGIA	Não é possível mensurar
PSICOLOGIA	De 60 a 70%

Fonte: elaborado pelo autor.

*IDEIA CENTRAL 5 – A NECESSIDADE DE MODIFICAÇÃO DOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO: TRANSVERSALIDADE, LONGITUDINALIDADE E RECONHECIMENTO DA HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO CENTRAL.*

**DSC**

*Eu acredito que o ensino de humanização não chega nem perto de estar na metade do curso porque esses módulos que eu te falei eles são módulos muito pequenos em carga horária. Se a gente for comparar com outros módulos, que são módulos de uma perspectiva muito clínica, porque isso é muito forte dentro da Enfermagem, acaba sendo pequeno esses momentos de discussão. Se a gente parar pra pensar o espaço dentro do currículo, o espaço ainda é muito pequeno. Muitas vezes os módulos chegam a ser até marginalizados por que tem uma carga horária menor, e os alunos e outros colegas professores acabam não dando a devida importância praquela módulo.*

*IDEIA CENTRAL 7 – METODOLOGIAS DE ENSINO QUE FAVORECEM O ENSINO E A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO.*

**DSC**

*Acho que nas disciplinas de jogo, de brincadeiras, jogos populares, cantigas populares. A educação física tem um eixo “Cultura”. Então dentro do eixo “Cultura” acredito que seja o espaço onde essa manifestação se expressa, de maneira mais forte.*

*IDEIA CENTRAL 8 – A HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO DIFUSO / ABSTRATO / DE CARÁTER INDIVIDUAL NAS FORMAÇÕES ACADÊMICAS E NA PRÁTICA PROFISSIONAL.*

**DSC**

*Mensurar não dá para mensurar. Eu acredito que ele apareça inconscientemente. Eles têm cinco disciplinas de saúde coletiva, que é diluída ao longo do curso. Mas assim, dependendo do docente ele consegue dentro de um módulo onde ele está discutindo pensar na humanização. Mas vai depender muito da abordagem daquele docente, e da forma que aquele estudante vai vivenciar isso. E acaba que vai depender muito dessa formação extracurricular, que eu acho que a extensão, os grupos de pesquisa podem ajudar, e ajudam bastante.*

*IDEIA CENTRAL 11 – DISCIPLINAS NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO QUE FAVORECEM O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO.*

**DSC**

*Ela acontece mais dentro da Saúde Coletiva, quando eles têm contato com a população, com a comunidade. Fora os estágios que eles fazem e fora as extensões, que eles vão em contato direto com a comunidade.*

*IDEIA CENTRAL 17 – O ADOECIMENTO DOS ALUNOS E A NECESSIDADE DE CUIDADO COM OS DISCENTES.*

**DSC**

*Em eventos não curriculares, de mentoring, de NAPED, que é o Núcleo de Apoio Psicopedagógico, de atividades em que eles mesmos se inserem, desde momentos em que existe sarau, momentos do Centro Acadêmico com eles, atividades,...*

Por conta da natureza da pergunta, as respostas a esta questão foram bem mais objetivas. Os docentes dos cursos de Educação Física e Odontologia afirmaram que não é possível mensurar ou classificar o espaço que o ensino da humanização ocupa no currículo do curso. O docente de Enfermagem diz que a presença deste elemento não chega à metade do curso, por conta da diminuta carga horária dos módulos que vão tratar sobre o assunto. O docente do curso de Medicina afirma que no curso em que atua a presença de elementos relacionados à humanização é de 40%, e até um pouco mais se forem considerados eventos

não curriculares. Já o docente de Psicologia diz que o espaço designado à humanização no currículo do seu curso é de 60 a 70%.

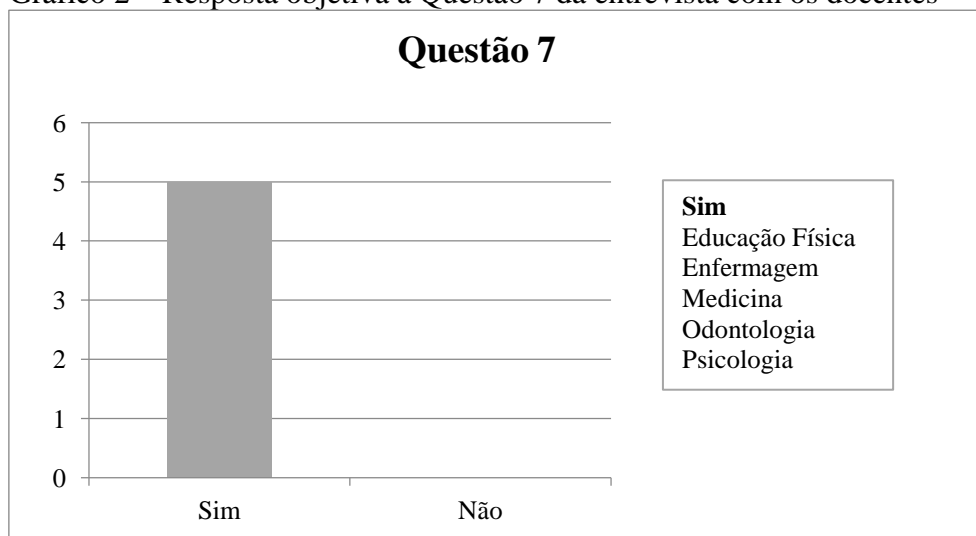
O DSC (Q6-IC8) fala que os elementos relativos à humanização aparecem de maneira “inconsciente” nos PPCs, ou seja, de maneira diluída e não especificada. Segundo o discurso, a discussão sobre a humanização depende muito de como o docente vai abordar os assuntos das disciplinas ou dos módulos, o que não garante que tais temas sejam efetivamente trabalhados e debatidos. Este discurso diz ainda que o acesso a estes conteúdos se dá principalmente através da formação extracurricular, das extensões e grupos de pesquisa.

Já o DSC (Q6-IC5) fala da dificuldade que os temas relacionados à humanização encontram em uma formação com raízes clínicas, provocando um efeito de marginalização a estes conteúdos, em privilégio das disciplinas mais “objetivas” e “tecnicistas”.

### ***5.4.3 Tema 3 – Percepção do impacto do ensino da humanização na formação profissional e atuação dos egressos do curso***

#### ***5.4.3.1 Questão 7 – O ensino da humanização afeta qualitativamente a formação dos alunos? E quanto a atuação profissional dos egressos?***

Gráfico 2 – Resposta objetiva à Questão 7 da entrevista com os docentes



Fonte: elaborado pelo autor.



*IDEIA CENTRAL 3 – A HUMANIZAÇÃO COMO SINÔNIMO DE UMA RELAÇÃO HUMANA PLENA: RESPEITO, EMPATIA, DISPONIBILIDADE, ESCUTA, NÃO-HIERARQUIZAÇÃO E AUTENTICIDADE.*

**DSC**

*Hoje não se concebe um médico, em nenhum momento, por mais hábil que ele seja, por mais inteligente que ele seja, por melhor cirurgião que ele seja, que ele não consiga entender o ser humano holisticamente. E é a humanização tanto do ponto de vista com o paciente, como do ponto de vista com o professor, como a relação multiprofissional, que é extremamente importante. Então eu fico pensando que essa discussão da humanização não passa necessariamente pelo currículo, eu não consigo entender. Eu consigo entender como uma discussão do modo como a gente vive, da nossa sociabilidade, de entender as necessidades que aparecem para mim e para o outro.*

*IDEIA CENTRAL 4 – A HUMANIZAÇÃO COMO SUPERAÇÃO DA MERA APLICAÇÃO DA TÉCNICA, DA MECANIZAÇÃO E DO CONHECIMENTO HEGEMÔNICO / DA LÓGICA DE MERCADO.*

**DSC**

*Se ele entender o ser humano apenas como objeto, apenas como paciente, isso não funciona.*

*IDEIA CENTRAL 5 – A NECESSIDADE DE MODIFICAÇÃO DOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO: TRANSVERSALIDADE, LONGITUDINALIDADE E RECONHECIMENTO DA HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO CENTRAL.*

**DSC**

*Eu entendo que se o PPP está alicerçado sobre uma matriz humanizadora, todas as outras disciplinas deverão dialogar com esse projeto. A gente observa que isso gera impactos positivos, no cuidado, no autocuidado, na promoção da saúde, então seria necessário que eles olhassem isso de maneira mais cuidadosa. Os PPPs da Educação Física ainda tem uma matriz muito biomédica e eles são muito alicerçados no esporte e no treinamento. Eles ainda não perceberam questões específicas da cultura como um eixo importante. Então eu acho que a cultura e a humanização elas andam aliadas, já que a cultura é o próprio movimento humano, como o homem se expressa, como ele é. Ele ainda não tem um olhar sob aspectos mais subjetivos da vida humana. Acredito que ainda precise avançar mais nisso. Na enfermagem a gente tinha um currículo disciplinar que na sua grande maioria formava*

*peessoas pra serem bons na técnica de serem enfermeiros, em uma perspectiva da doença. Já com esse novo currículo ele vem numa perspectiva diferente, onde a promoção da saúde ela vem de uma maneira bem marcante.*

**IDEIA CENTRAL 8 – A HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO DIFUSO / ABSTRATO / DE CARÁTER INDIVIDUAL NAS FORMAÇÕES ACADÊMICAS E NA PRÁTICA PROFISSIONAL.**

**DSC**

*A discussão de humanização não precisa aparecer em um slide de “humanização”. Ela se discute quando, por exemplo, nos preparamos para um seminário. Eu não acho que ela é extremamente teórica; eu acho que ela é muito vivencial, do exercício da gente, do cotidiano.*

**IDEIA CENTRAL 9 – O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO ATRAVÉS DAS VIVÊNCIAS: ESTÁGIOS, EXTENSÕES, PRÁTICA PROFISSIONAL, SIMULAÇÕES.**

**DSC**

*O que se trabalha dentro da pesquisa é a questão de ética, o respeito com o outro, com o outro grupo de pesquisa. São esses alguns princípios éticos que eu acho que a pesquisa vai contribuir com essa questão da humanização.*

**IDEIA CENTRAL 11 – DISCIPLINAS NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO QUE FAVORECEM O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO.**

**DSC**

*Eu acho que a gente tem um perfil diferenciado a partir da humanização, que muitas vezes ela não está sendo discutida diretamente: “ah, estou dando uma aula hoje sobre humanização disso”, mas ela é transversal. Em alguns aspectos ela acaba sendo dialogada principalmente nos módulos de DHP.*

**IDEIA CENTRAL 13 – RECONHECIMENTO DO IMPACTO DAS MUDANÇAS CURRICULARES E PEDAGÓGICAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO DOS EGRESSOS.**

**DSC**

*Sim, demais, com certeza. Quando os próprios egressos comparam a formação deles com a formação*

*dos novos alunos, muitas vezes acompanhando, sendo preceptor, acompanhando por estar dentro dos serviços de saúde e receber o aluno, ele consegue refletir o quanto a gente teve uma evolução na formação e como a postura do aluno é diferenciada. Ele vem com uma postura diferenciada, de respeito ao usuário, de reconhecimento da importância dele dentro do processo de cuidado de saúde, de reconhecer as necessidades de uma clínica mais ampliada, saindo muitas vezes daquela perspectiva muito focada na doença e muito focada na técnica. A gente tem presenciado isso no decorrer das turmas, o quanto isso tem melhorado. Isso tem sido percebido pelas notas de avaliação, isso tem sido percebido por onde nossos alunos passam. A nota do nosso curso ela sempre foi a nota máxima no ENAD, então isso não é só de conhecimento. Quando eles vão fazer um mês em outro Estado, em outra cidade, a gente recebe esse feedback dos locais onde eles estiveram e isso tem sido bem engrandecedor e tem nos deixado bastante feliz. Então como a gente tenta mostrar pra eles os vários caminhos que eles podem ter, eu acho que eles se formam de uma forma bem completa. Isso se reflete em termos práticos em uma nota. E eu confesso que tenho uma admiração quando eu encontro um ex-aluno que já na graduação apresentava uma série de construções, que origina para o campo do cuidado consigo mesmo ou ainda do cuidado com o outro, e quando isso aparece no campo de sua vida profissional.*

**IDEIA CENTRAL 14 – RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DA DIMENSÃO “ATITUDE” NAS FORMAÇÕES DA SAÚDE.**

**DSC**

*Na medicina é imprescindível, né? É impossível se formar um médico em que a gente não trabalha as três esferas: o conhecimento, a habilidade e principalmente a atitude. A atitude é onde principalmente se insere a humanização.*

Quando perguntados se o ensino da humanização afeta qualitativamente a formação dos discentes e a atuação profissional dos egressos, todos os docentes responderam positivamente. Essa resposta uníssona demonstra que, apesar de nem todos os docentes identificarem a presença de elementos da humanização na estrutura curricular dos cursos, eles reconhecem a importância e o efeito destes elementos na formação acadêmica e posterior prática profissional.

O DSC (Q7-IC14) diz que, especificamente na formação médica, é imprescindível

que o discente tenha contato com a humanização e que seja trabalhada a dimensão da atitude, que, segundo a fala coletiva, é onde se insere a humanização nas formações.

Neste sentido, segundo o DSC (Q7-IC3) é inconcebível a existência de um médico, por mais inteligente e habilidoso que ele seja, que não entenda o ser humano *holisticamente*. A fala ressalta ainda que as discussões sobre a humanização não estão restritas à sua presença nos elementos curriculares, mas também na forma como vivemos e nos relacionamos. É interessante ressaltar que esta afirmação está em consonância com o que encontramos na PNH e em toda literatura sobre o tema.

Estes elementos também se conectam com o que dizem os DSCs (Q7-IC8) e (Q7-IC11). O primeiro diz que a humanização não precisa estar expressamente colocada em um título de uma aula ou encabeçando um *slide*. A humanização deve ser vivida através do cotidiano, nas diversas ações dos participantes da educação. O segundo DSC complementa dizendo que a humanização muitas vezes não está sendo discutida diretamente e que ela deve ser compreendida como elemento transversal às formações. Logo, vimos que falas diferentes reunidas em torno de ideias próximas parecem ter o mesmo significado teórico.

O DSC (Q7-IC13) demonstra que as formações são claramente afetadas pelo ensino da humanização quando os próprios egressos comparam suas formações com a dos formandos neófitos. Segundo a fala coletiva, as posturas daqueles que usufruem de uma formação *humanizada* são diferenciadas, no sentido do respeito e do reconhecimento ao usuário, elemento essencial aos processos de saúde. Também fala do enaltecimento da clínica ampliada e do olhar profissional que vai além da doença e da aplicação de alguma técnica. Tais elementos citados nesta colocação são aqueles apresentados como diretrizes da PNH, o que confirma a presença não só da humanização, mas da própria Política nos PPCs e na fala dos docentes. Este DSC ainda cita as avaliações do ENADE como comprovação da excelência das formações mais abrangentes e preocupadas com esta e outras temáticas.

5.4.3.2 *Questão 8 – Quais são, em sua opinião, os desafios para o ensino e a prática de trabalho humanizados?*

**IDEIA CENTRAL 2 – A HUMANIZAÇÃO COMO VALORIZAÇÃO DA REFLEXÃO / PARTICIPAÇÃO / PROTAGONISMO / CRITICIDADE DOS ATORES DO ENSINO/PRÁTICA DE SAÚDE.**

**DSC**

*Acho que, a princípio, entender que a humanização não é um objetivo último, mas um objetivo processual, de reflexão do contexto e não do fim. E que ele dialoga muito com o conceito de emancipação. Então a partir do momento em que o aluno se torna um sujeito autônomo, durante toda a formação ele vê a sua própria formação de maneira crítica, de modo a transformá-la. Quando ele sai ele vai inclusive atuar sobre ela de modo a melhorar os seus processos e não reproduzir receitas prontas. Então a humanização nesse sentido da emancipação também serve pra entender e tentar superar a semiformação. Nesse conceito de semiformação, o indivíduo recebe apenas um protocolo pra ser repetido, e ele está sendo oprimido, ele tá sendo condicionado à repetição e não sendo um sujeito autônomo. Então eu acredito que a humanização precisaria também dialogar mais com esse conceito, para a superação da semiformação, para não continuar formando sujeitos, não podemos exagerar dizendo “alienados”, mas é o que acontece em suma.*

**IDEIA CENTRAL 3 – A HUMANIZAÇÃO COMO SINÔNIMO DE UMA RELAÇÃO HUMANA PLENA: RESPEITO, EMPATIA, DISPONIBILIDADE, ESCUTA, NÃO-HIERARQUIZAÇÃO E AUTENTICIDADE.**

**DSC**

*Hoje a gente tem a necessidade de trabalhar a humanização, porque a maior parte das nossas queixas são por conta de atendimentos não humanizados, né, atendimento que muitas vezes não são coerentes com a realidade e a necessidade daquele paciente.*

*IDEIA CENTRAL 4 – A HUMANIZAÇÃO COMO SUPERAÇÃO DA MERA APLICAÇÃO DA TÉCNICA, DA MECANIZAÇÃO E DO CONHECIMENTO HEGEMÔNICO / DA LÓGICA DE MERCADO.*

**DSC**

*Superar essa semiformação, que é pautada em ideais para o mercado, que como todas as formações do campo da saúde hoje são postas. Ela ensina métodos, processos e procedimentos para serem repetidos. Ou seja, a pessoa recebe um protocolo de intervenção para ser repetido. E isso gera meros repetidores de processos. Às vezes, inclusive, durante o processo de formação o aluno aprende pra passar, e não pro exercício da profissão.*

*IDEIA CENTRAL 5 – A NECESSIDADE DE MODIFICAÇÃO DOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO: TRANSVERSALIDADE, LONGITUDINALIDADE E RECONHECIMENTO DA HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO CENTRAL.*

**DSC**

*As políticas precisam ser revisadas, para que contenham dentro das avaliações de ministério, ou das avaliações curriculares sempre processos de atividade em que a humanização seja pauta principal e não secundária como foi por muito tempo. Somos profissionais – e isso cabe para medicina, para a psicologia, para cada um – do cuidado. Cuidamos dessas pessoas. Então como é que a gente pode pensar esse cuidado que é revestido dentro da profissionalidade, num modo de compreender uma formação que se propõe a isso?*

*IDEIA CENTRAL 6 – A “ANTI-HUMANIZAÇÃO” PRESENTE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO DOS EGRESSOS.*

**DSC**

*O que a gente precisa primeiro é o básico: o incentivo do professor, o incentivo de infraestrutura. Talvez esse seja o maior desafio. Então enquanto a gente não tiver incentivo em relação a isso a gente ainda vai ter muita dificuldade em trabalhar dessa forma. A partir do momento em que a gente tiver o básico, tiver um leito pra uma paciente parir, ter ser filho, em que ela não precise parir em uma cadeira, que ela não precise parir numa maca, porque o que acontece é que ela muitas vezes ela precisa parir no chão. A gente inclusive acaba muitas vezes mostrando, porque é importante que os alunos vejam isso, a situação de saúde do país, pra que eles saibam que quando sair não são tudo*

*flores. Então vai haver momentos em que eles vão se deparar com situações como essa, em que é preciso se trabalhar a humanização num ambiente totalmente desumano. Isso não deveria acontecer. Deveria acontecer como tem lá na Política. Mas se essas coisas estão sendo ditas é porque elas não estão sendo feitas. E o pior é que tem escrito, mas não se dá o mínimo de condições para que elas realmente aconteçam. Então, parece assim: “eu fiz uma Política de Humanização!”. E aí? Então infelizmente a gente tem dois mundos, totalmente distintos: o mundo privado, o mundo de quem realmente tem dinheiro, né? E o dos outros, que não tem nada.*

**IDEIA CENTRAL 8 – A HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO DIFUSO / ABSTRATO / DE CARÁTER INDIVIDUAL NAS FORMAÇÕES ACADÊMICAS E NA PRÁTICA PROFISSIONAL.**

**DSC**

*A melhoria da humanização ele passa pela melhoria do ensino e da estrutura em que o país vive. Porque eu acho que o problema não é institucional, ele é global, é político, realmente.*

**IDEIA CENTRAL 9 – O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO ATRAVÉS DAS VIVÊNCIAS: ESTÁGIOS, EXTENSÕES, PRÁTICA PROFISSIONAL, SIMULAÇÕES.**

**DSC**

*Eu acho que o desafio é exatamente esse: sair do campo da fala teórica, que não é ruim, a fala teórica. Mas eu acho que isso precisa aparecer como modo de vida. O aluno começa a ter noção do exercício da profissão quando está no estágio. E aí quando ele vai pro estágio ele vê a orientação dos professores e começa a fazer as articulações com o que ele viu separado, recortado anteriormente. Então eu vejo a necessidade de capacitação dos próprios servidores da instituição como um todo, e a presença de infraestrutura com locais e ambientes em que ele possa trabalhar a simulação e a parte assistencial, para que ele possa desenvolver essa vontade de humanizar.*

**IDEIA CENTRAL 10 – O RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.**

**DSC**

*Enquanto você não mostrar que isso é importante, que a humanização é importante, que tem que ser um processo dinâmico e contínuo, não precisava ter política de humanização, entendeu? Tudo que tem lá é muito obvio, entendeu?*

**IDEIA CENTRAL 14 – RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DA DIMENSÃO “ATITUDE” NAS FORMAÇÕES DA SAÚDE.**

**DSC**

*Eu acredito que, pro ensino, a gente tem o desafio de reconhecer a importância da dimensão humana, que muitas vezes vai estar relacionada ao desenvolvimento de atitudes, que esse é um dos nossos maiores desafios. A gente parte de uma formação como a enfermagem, por exemplo, e outras formações da saúde, onde a gente tem uma parte clínica, uma parte clínica que é importante dentro do curso, e que exige desenvolvimento principalmente de habilidades técnicas. Mas o grande diferencial e o grande desafio é hoje a gente avaliar atitudes. Eu não vejo dentro do currículo uma perspectiva clara, experiências claras, eu vejo algumas coisas pontuais, nesse sentido de avaliar a atitude do aluno.*

**IDEIA CENTRAL 15 – NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO E FORMAÇÃO DOS DOCENTES PARA O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO.**

**DSC**

*Eu acho que a necessidade que a gente tem hoje é de um desenvolvimento do docente, pra que ele consiga entender essa perspectiva das competências, consiga entender formas de se trabalhar a dimensão das atitudes, reconhecer a importância da humanização. Eu acho que o professor ele não é formado para isso. Então a gente termina uma graduação, faz um mestrado e um doutorado, mesmo que tenha disciplina de didática, nós não somos formados para atuar em humanização. A capacitação docente entra pra incentivar e fazer a gente entender sobre o tema, entender sobre o assunto. E essa capacitação muitas vezes precisa vir de fora, de algum local que tenha um pouco mais de experiência pra vir nos transportar. A odontologia, por exemplo, ela é muito técnica e científica, então alguns professores trabalham a humanização porque é sua característica, porque gosta. Mas nós não temos formação para essa área humanizada. Não há formação para isso. A capacitação docente é importante para melhorar a humanização, mas não existe algo continuado para capacitar o professor para que ele possa interagir com os alunos, acho que este é um ponto que precisa ser melhorado.*

**IDEIA CENTRAL 16 – “A HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO”.**

**DSC**

*Eu acho que as pessoas até tem vontade de trabalhar com humanização, mas trabalhar com*



*humanização dá trabalho. Demanda tempo, demanda paciência. Pra muitos a situação em que se vive hoje é: “eu prefiro muito mais ir, dar minha aula, acabou, vou embora. Eu não quero dedicar muito mais do que isso”. E pra que você trabalhe com humanização você precisa dedicar tempo. E precisa ter estrutura, as condições necessárias reunidas pra que eu consiga desenvolver aquilo. Não adianta eu querer ser humano em uma situação que eu tenho que atender 20 pacientes em questão de uma hora. É difícil eu trabalhar a humanização desta forma.*

Nesta questão os docentes foram indagados sobre quais são os desafios que o ensino e a prática de trabalho humanizados em saúde enfrentam atualmente. As respostas apresentadas pelos professores manifestam ideias diferentes e ao mesmo tempo interligadas.

O DSC (Q8-IC2) fala novamente da necessidade de se considerar a humanização como parte fundamental e sempre presente no processo educacional. Esta afirmação reflete o objetivo da PNH de estruturar todo o Sistema Único de Saúde e de não se constituir como mera obrigação, mas de nortear as práticas de saúde em todos os seus níveis. Este DSC fala ainda que a humanização pode ser compreendida sob a ótica da superação da semiformação, conceito que se refere às graduações em saúde (e à educação em geral) como formadora de simples “repetidores” e aplicadores de técnica. Neta perspectiva a humanização estaria ligada a necessidade de fomentar a autonomia e a criticidade do ser humano, com vistas a capacitar as pessoas a refletirem sobre suas próprias formações e atuação profissional e “desalienando” o ambiente acadêmico.

Ainda citando a semiformação, o DSC (Q8-IC4) diz que hoje todas as formações do campo da saúde são pautadas por ideais mercadológicos. Enquanto a semiformação tem espaço a proposta da humanização perde seu sentido, já que os profissionais estão apenas reproduzindo conhecimentos e não exercitando plenamente suas profissões.

Sob este ponto de vista, relembramos aquilo que foi debatido no início da análise das entrevistas no DSC (Q1-14), que declarava que uma política de humanização faz sentido quando começamos a perceber que algo próprio do campo da saúde e do cuidado está se perdendo. O DSC (Q8-14) se refere ao mesmo tema, e diz que é necessário para o ensino das profissões de saúde que se reconheça a importância da dimensão humana e do desenvolvimento de atitudes nas graduações. Já o DSC (Q8-IC9) reforça a necessidade de considerar a humanização como um modo de vida e não apenas como uma fala teórica

(muitas vezes vazia) e cita as simulações, os estágios e o contato com a realidade de trabalho como instrumentos valiosos para o desenvolvimento da “vontade de humanizar”.

O DSC (Q8-IC8) diz que a concretização da humanização na saúde passa pela melhoria do ensino e da estrutura do país como um todo, se referindo ao momento atual da política brasileira. O DSC (Q8-IC6) afirma que os problemas básicos (de infraestrutura, da falta de valorização aos docentes) são aqueles que primeiro precisam ser sanados. O sujeito coletivo comenta que não há sentido em se criar uma política de humanização se outros elementos imprescindíveis à efetivação do cuidado não estão presentes, como a existência de leitos para as parturientes. Este discurso reforça que, se há a precisão de uma política de humanização, é porque estamos vivendo basicamente em um ambiente desumano, e que os alunos precisam conhecer o atual cenário da saúde pública brasileira. Cabe destacar que a corrupção, a má gestão e a conseqüente falta de recursos financeiros são apontados pela literatura científica (citadas no Referencial Teórico) como as principais causadoras da precarização da saúde. Em última instância, este cenário afeta todos os níveis de atenção e gestão, inclusive com relação ao cumprimento (ou o não cumprimento) dos elementos centrais da PNH.

O DSC (Q8-IC15) reitera a importância do desenvolvimento dos docentes, com o objetivo de transmitir a eles necessidade de trabalhar as competências, da avaliação das atitudes e da relevância da humanização como um todo. Para este discurso os docentes não são formados para “atuar com humanização” dentro do ambiente acadêmico; a maioria dos professores que trabalham discutindo e promovendo a humanização o fazem por uma iniciativa pessoal, por uma característica própria. Essa afirmação fala justamente da necessidade de superar essa visão de humanização como sinônimo de atitude pessoal ou de “boa vontade”, de ação facultativa.

Finalmente, o DSC (Q8-IC16) colabora de maneira muito pertinente com este trabalho, no momento em que muito já foi discutido sobre o assunto. Esta fala coletiva diz que “humanizar dá trabalho”. Diante de tudo que já foi exposto fica claro que as propostas da humanização e da Política Nacional de Humanização exigem um deslocamento muito grande de energia no sentido da efetivação de suas premissas e da concretização do “acolher e cuidar”. É compreensível que haja certo grau de conveniência em não se trabalhar de forma humanizada ou de não considerá-la enquanto elemento vital do processo pedagógico e educacional no nível das formações em saúde; existem inúmeras demandas, obrigações e

dificuldades que professores, alunos, profissionais de saúde, gestores e usuários dos serviços enfrentam. Mas é justamente por constatar a existência destes obstáculos e por considerá-los nocivos aos ambientes de saúde que se justifica a existência não só da PNH, mas do debate sempre recorrente de seus princípios e suas diretrizes. Embora esta política possa não ser ideal, ela cumpre com sua função política enquanto disparadora das discussões e fomentadora de formas de cuidado que são relevantes para o contexto da saúde brasileira.

#### **5.4.4 Tema 4 – Sugestões para o ensino da humanização**

5.4.4.1 *Questão 9 – O (a) Sr.(a) poderia citar algumas sugestões, a partir de sua experiência, que sejam úteis para o ensino da humanização em saúde?*

**IDEIA CENTRAL 4 – A HUMANIZAÇÃO COMO SUPERAÇÃO DA MERA APLICAÇÃO DA TÉCNICA, DA MECANIZAÇÃO E DO CONHECIMENTO HEGEMÔNICO / DA LÓGICA DE MERCADO.**

##### **DSC**

*Eu acho que é preciso que a gente tenha reflexões críticas do que for vivenciado, muito além de uma vivência pra técnica. É preciso pensar em programas nessa perspectiva da emancipação, da superação dessa visão mercadológica, num foco direcionado para a sociedade, e que o indivíduo depois da graduação tivesse um período comprometido com o benefício dessa própria sociedade, ligado ao Sistema Único de Saúde.*

**IDEIA CENTRAL 5 – A NECESSIDADE DE MODIFICAÇÃO DOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO: TRANSVERSALIDADE, LONGITUDINALIDADE E RECONHECIMENTO DA HUMANIZAÇÃO COMO ELEMENTO CENTRAL.**

##### **DSC**

*Nesse ponto se você for pensar que humanização é o respeito, a ética, isso aí tem que se passar ao longo de todo curso como formação de cidadão, de ser humano. É importante a gente garantir, e isso precisa ser feito um estudo do currículo, precisa ser feito um estudo da matriz, de cada módulo, pra que a gente consiga pensar e refletir como cada uma daquelas propostas daquele currículo, daquela*

*matriz, ela pode ser trabalhada na perspectiva do conhecimento, da habilidade e da atitude. Eu acho que falta essa reflexão. Então são várias as possibilidades de se trabalhar a atitude, que vai depender muito de como o professor que vai trabalhar, de onde ele esteja atuando, mas que a gente vai precisar realmente amarrar isso dentro do currículo pra que seja garantido. Se a gente reconhece, a gente garante o espaço disso, a gente consegue fazer. Se a gente garante a gestão do currículo, se permite isso, a gente consegue fazer.*

**IDEIA CENTRAL 6 – A “ANTI-HUMANIZAÇÃO” PRESENTE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO DOS EGRESSOS.**

**DSC**

*Por ser uma universidade pública, onde a gente tem a dificuldade de professores, acaba que a gente tem uma dificuldade muito grande de ter professores suficientes pra quantidade de alunos. Então acaba tendo muito aluno no campo e o professor não consegue acompanhar de uma forma devida. E também a gente acaba perdendo um pouco porque a gente faz com que o aluno tenha aquela ansiedade de ir pro campo, pra vivenciar a técnica, e ele vivencia aquela técnica e ele esquece o que é que tem por trás.*

**IDEIA CENTRAL 9 – O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO ATRAVÉS DAS VIVÊNCIAS: ESTÁGIOS, EXTENSÕES, PRÁTICA PROFISSIONAL, SIMULAÇÕES.**

**DSC**

*Eu acredito que um dos espaços que a gente consegue trabalhar, principalmente a dimensão da atitude, é se a gente conseguir pensar em uma estratégia de estar mais próximo ao estudante dentro do ambiente de prática dele. A questão das simulações eu acredito que esse é um dos caminhos que a enfermagem ainda não consegue trabalhar e que eu acredito que a gente poderia trabalhar e que a gente conseguiria de alguma forma ver qual a postura, né, como é que aquele profissional, como é que aquele estudante consegue realmente ter aquela prática, aquele exercício de uma forma humanizada. Então eu acho que uma das coisas que podem favorecer inclusive essa ampliação da compreensão da humanização é também essa articulação entre a graduação e os serviços de saúde, que em tese o SUS seria um balizador das formações em saúde, e na prática não é. Sequer há diálogo entre os princípios do SUS, as estruturações, as políticas e as formações em saúde. Com exceção da enfermagem. A enfermagem é toda balizada pelo Saúde da Família, e pelo SUS de modo geral, né,*

*hospitalar, atenção secundária e terciária. E eu acho que aquele espaço, quando o aluno ele chega pra realidade, ele chega dentro de um território, com as suas necessidades, aquele território que tem a sua complexidade, ou dentro de um hospital, ou onde ele for esse é um espaço potente pra que o docente consiga trabalhar junto ao estudante as diversas necessidades que vão surgir daquele cotidiano. E se esses profissionais saíssem da graduação direto pro Sistema Único de Saúde? Pra ganhar experiência, pra contribuir, devolver pra sociedade o que recebeu durante um período correspondente à formação? Com certeza a gente teria condições melhores, melhores práticas, melhores tecnologias, inovações...*

**IDEIA CENTRAL 12 – AS EXTENSÕES ACADÊMICAS COMO FERRAMENTA DE DESENVOLVIMENTO DA HUMANIZAÇÃO.**

**DSC**

*Eu acho que as extensões são um caminho possível para pensar isso. Por exemplo, na psicologia a gente fica muito dentro da sala de aula. Não quero criar uma cisão aqui de achar que teoria é ruim, na verdade a teoria ela é muito importante, muitíssimo. Eu só acho que a gente pode construir na psicologia possibilidades de integrar melhor isso. Eu acho que há demandas que surgem que podem nos ensinar.*

**IDEIA CENTRAL 15 – NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO E FORMAÇÃO DOS DOCENTES PARA O ENSINO DA HUMANIZAÇÃO.**

**DSC**

*Eu acho que a formação do professor, a capacitação do corpo docente. Pra que ele desenvolva isso desde o seu início, lidando com o aluno, com o corpo discente. Ou formação do professor ou a gente buscar e trazer isso para os alunos em forma de atualização, de seminário. Ou a gente ser formado ou a gente trazer pessoas para nos formar e repassar pros alunos essas informações. São duas possibilidades que eu vislumbro hoje.*

**IDEIA CENTRAL 16 – “A HUMANIZAÇÃO DÁ TRABALHO”.**

**DSC**

*Eu passei dois dias praticamente morando dentro do laboratório de enfermagem, porque eu queria*

*fazer a supervisão individual, eu queria ver cada aluno e como era a abordagem de cada aluno na simulação. E aí se a gente for parar pra pensar, era muito mais cômodo, talvez, eu fazer uma prova escrita, onde eu fazia a mesma prova, dava pra todo mundo responder, depois dava um nota pra todo mundo, e de preferência de marcar, onde seria mais fácil eu corrigir. Então eu vi o quanto isso foi importante, mas que muitas vezes eu não tinha tempo pra fazer isso em outros módulos, porque o dimensionamento de professores não permitia e as minhas outras demandas não permitiam.*

**IDEIA CENTRAL 17 – O ADOECIMENTO DOS ALUNOS E A NECESSIDADE DE CUIDADO COM OS DISCENTES.**

**DSC**

*A construção de núcleos dentro das Instituições de Ensino Superior, que aí a gente põe o exemplo do NAPED, que é o Núcleo de Apoio Psicopedagógico, a gente põe o exemplo do mentoring, que são exemplos que eu acho que devam ser seguidos, porque a experiência tem sido muito boa.*

A última pergunta da fase de entrevistas com os docentes buscou detectar quais as possíveis sugestões e contribuições que os professores poderiam fazer para aumentar a presença da humanização nas formações e aproximar cada vez mais os discentes e futuros profissionais desta vivência. Diversas sugestões apresentadas neste momento mencionam aspectos que já foram citados anteriormente em outras respostas.

O DSC (Q9-IC5) reforça a ideia de que a humanização, enquanto sinônimo de respeito e ética, deve ter sua presença ampliada dentro dos currículos dos cursos, no intuito de torná-los integralmente consonantes com os valores daquela proposta. Este DSC diz que “amarar” a temática da humanização nos PPCs garante visibilidade e propicia seu reconhecimento e valorização, ao passo em que legitima junto aos docentes a incorporação desta questão em sua prática.

Os DSCs (Q9-EC9) e (Q9-EC12) discorrem, respectivamente, sobre a importância do ensino da humanização através da vivência dos discentes e sobre o papel das extensões acadêmicas com instrumento potente para a prática humanizada. A primeira fala lembra que o SUS deve ser balizador para as formações da saúde, o que na prática nem sempre se verifica. Para este sujeito coletivo a vivência do estudante no campo de atuação profissional é muito valiosa, pois permite que juntamente com o docente se discutam as necessidades que vão

surgir a partir daquela experiência. Este discurso sugere que os profissionais saiam de suas formações e experimentem o Sistema Único de Saúde, até mesmo como forma de devolver à sociedade em forma do trabalho os benefícios que receberam enquanto estudantes de Instituições de Ensino Superior públicas. Por sua vez, o segundo DSC vê nas extensões um mecanismo oportuno para o ensino da humanização aos estudantes, através das demandas que surgem quando da inserção dos mesmos na comunidade e na realidade externa, fora dos limites da universidade.

Já o DSC (Q9-IC6) diz que um dos grandes desafios para as IES públicas é lidar com a escassez de professores, que acarreta prejuízos no acompanhamento aos discentes, especialmente com relação aos estágios e vivências profissionais. Esta questão, aliada à ansiedade que os alunos têm de ir para o campo e de aplicar os conteúdos aprendidos, faz com que não se proveja as orientações e o suporte necessário aos discentes que iniciam seu contato com a realidade de trabalho. O DSC (Q9-IC16) também cita a falta de docentes e o excesso de demandas como fator impeditivo para um acompanhamento satisfatório aos estudantes. Este discurso relembra que é muito mais prático aplicar uma prova (de preferência objetiva) que propor métodos avaliativos mais abrangentes, que dão conta das atitudes e comportamentos, componentes observados nas simulações.

Finalmente, o DSC (Q9-IC17) cita iniciativas como o *mentoring* e o Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAPED) como significativas para fornecer suporte ao discente, especialmente no início do curso e em momentos de maior adversidade em seu percurso acadêmico.

## 6 CONCLUSÃO

Diante da escassez de estudos recentes sobre humanização e de sua presença nos cursos de graduação da área da saúde, avalia-se que esta pesquisa colabora com a ampliação do conhecimento sobre a temática, fomentando uma série de discussões com relacionadas às Diretrizes Curriculares Nacionais, aos Projetos Pedagógicos dos Cursos e à Política Nacional de Humanização.

Destaca-se que os objetivos propostos por este trabalho foram atingidos, tendo em vista que: o estudo analisou a integração da humanização na formação das profissões da saúde, no nível da graduação em IES públicas, dentro da região pré-definida (uma cidade universitária de médio porte do interior do Nordeste brasileiro); o estudo identificou e confirmou a presença da temática da humanização nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de saúde pesquisados; foi realizada a investigação sobre o conceito e a proposta da humanização enquanto política e de sua articulação com os currículos da saúde; e foram identificados e discutidos os impactos do ensino da humanização na formação acadêmica e na atuação dos egressos dos cursos, sob a ótica dos docentes entrevistados.

Retomando a questão de pesquisa (problema) apresentada no início deste trabalho, que indaga **“Como a humanização está integrada à formação das profissões da saúde a partir do discurso do Projeto Pedagógico do Curso e da percepção dos docentes dos cursos de graduação em IES públicas?”**, pode-se anunciar que, mediante os resultados obtidos durante todas as etapas desta pesquisa, elementos relacionados à humanização e à PNH estão presentes nas formações da saúde, notadamente nos PPCs e através dos discursos dos docentes. A temática em tela aparece de várias formas nos PPCs e inserida na fala dos docentes: de maneira mais explícita, citando diretamente à Política Nacional de Humanização; de maneira menos direta, tocando em pontos dos princípios e diretrizes da PNH; através da apresentação de termos referentes à formação humanista e humanística; do debate e da valorização de questões presentes na humanização, como as relações humanas, o acolhimento, o bem-estar das pessoas; do debate sobre questões éticas, alteridade e diversidade; através da preocupação e dedicação sobre os alunos, etc.

Os primeiros sinais da presença da humanização e de elementos relacionados a ela se deram no estudo das DCNs dos cursos que, em sua maioria, incluem em suas redações a



necessidade de uma formação “ética e humanística, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania”. A presença deste elemento nas DCNs se reflete na composição dos textos dos PPCs, que também tratam deste compromisso.

A dedicação junto aos Projetos Pedagógicos dos Cursos revelou uma diversidade muito grande de formatos, discursos e conteúdos. Inicialmente verificou-se que alguns dos PPCs estavam muito defasados, sendo que o do curso de Psicologia nunca havia sequer sido revisado em mais de 12 anos de existência. O PCC de Odontologia havia sido atualizado há menos tempo, no ano de 2012. Já o PPC de Educação Física disponibilizado para a realização desta pesquisa foi reformulado recentemente, mas se refere à graduação na modalidade Licenciatura, que prepara o egresso para desempenhar suas atividades majoritariamente nos ambientes de ensino (como as escolas). Os PPCs de Enfermagem e Medicina estão bastante atualizados, datando de 2017. Entretanto, apesar das peculiaridades dos PPCs de Psicologia, Odontologia e Educação Física, todos estavam passando por atualização e reformulação no decorrer das fases de análise dos projetos e das entrevistas com os docentes. Os docentes citaram diversas vezes estas reestruturações, sempre exaltando as novidades (como a “curricularização das extensões”) e de como este movimento trará mudanças e benefícios para as formações acadêmicas, que se refletirão no percurso profissional dos egressos.

Ainda durante a análise dos PPCs o resultado foi bastante esclarecedor, confirmando a presença de elementos relacionados à humanização naqueles documentos, seja de maneira mais explícita ou fazendo alusão indireta à PNH ou ao conceito de *humanização*. Como apresentado no tópico dos resultados, o único PPC que menciona a PNH é o de Enfermagem. Verifica-se neste Projeto a presença de vários elementos relacionados ao assunto, seja dentro no corpo do PPC, nos objetivos do curso, no perfil do egresso, na descrição das disciplinas e de suas ementas, na exposição de atividades de extensão, etc. O curso de Medicina acompanha esta tendência, mas não cita a PNH. Esta característica de forma alguma desabona este curso ou seu PPC, que junto do curso de Enfermagem, possui o maior número de elementos que se aproximam da *humanização*. O PPC de Educação Física, apesar da peculiaridade de tratar da modalidade “Licenciatura”, traz um número relevante de aproximações com o tema. Espera-se que esta inclinação também se verifique no documento da modalidade “Bacharelado” quando este for reformulado. O PPC de Odontologia também apresenta vários elementos da humanização, mas de maneira menos óbvia, apresentando alguns termos genéricos e colocando à prova o esforço do pesquisador em identificá-los.

Finalmente, o PPC de Psicologia apresenta alguns elementos relacionados à humanização, mas sem citar este termo e de maneira ainda mais indireta. Este documento é bastante peculiar, pois foi concebido por pessoas de outro curso de psicologia, quando do início do funcionamento do curso pesquisado. Desta forma, o Projeto é pequeno e simplificado, carecendo claramente de uma profunda reestruturação. É curioso destacar que, quanto mais recente é o PPC, mais elementos explícitos concernentes aos enunciados da humanização são percebidos. Partindo desta constatação, a atualização dos Projetos (especialmente o de Psicologia) se constitui como um movimento extremamente relevante e benéfico para os cursos.

Sobre a fase de entrevistas, compreendida pela: elaboração do Roteiro de entrevista semiestruturada; aplicação do pré-teste; entrevistas com os docentes; transcrição do material coletado; leitura, categorização e análise dos mesmos (através da estratégia do DSC); e posterior articulação e discussão dos resultados com o referencial teórico, é possível dizer que todo este percurso originou um material valioso, que contribui para o conhecimento sobre a humanização e motiva outras reflexões.

Assim como a análise dos PPCs demonstrou que estes documentos estão conectados com a humanização e com a PNH, o discurso dos docentes evidenciou o mesmo. O conceito de humanização, de Política Nacional de Humanização e do ensino da humanização em cursos da saúde, aparece de maneira plural sob a ótica dos docentes participantes da pesquisa. Superando a questão do “certo ou errado”, todos os docentes apresentaram suas posições e opiniões (às vezes de maneira mais “pessoal”, às vezes de forma mais “teórica”), e sua reunião através dos DSC demonstrou o quanto elas estavam interligadas e em intersecção com os conteúdos teóricos deste trabalho.

As falas dos docentes, agrupadas em Ideias Centrais, discutiram sobre: a falta de conhecimento ou falta de interesse sobre a humanização; a humanização como valorização da reflexão, participação, protagonismo e criticidade dos atores do ensino e prática de saúde; a humanização como sinônimo de uma relação humana plena, com respeito, empatia, disponibilidade, escuta, não-hierarquização e autenticidade para com o outro; superação da mera aplicação da técnica, da mecanização e do conhecimento hegemônico e da lógica de mercado; necessidade de modificação dos currículos de graduação, proporcionando à humanização transversalidade, longitudinalidade e reconhecimento nas formações; atitudes “anti-humanizadoras” percebidas nas formações e na prática profissional; metodologias que

favorecem o ensino e a prática da humanização; a humanização como elemento difuso ou de caráter individual nas formações acadêmicas e na prática profissional; o ensino da humanização através de disciplinas, estágios, extensões, prática profissional, simulações; reconhecimento e valorização da dimensão “atitude” nas formações da saúde; reconhecimento da importância da Política Nacional de Humanização e do impacto das mudanças curriculares e pedagógicas na formação profissional e atuação dos egressos; necessidade de capacitação e formação dos docentes para o ensino da humanização; o adoecimento dos alunos e a necessidade de cuidado com os discentes; e, finalmente, a constatação de que a humanização “dá trabalho”.

Das ideias e discursos trabalhados no decorrer da pesquisa, três deles também são muito úteis para a discussão no encerramento deste trabalho. A primeira ideia é a da necessidade de capacitação e formação dos docentes, como incentivo e promoção de sua atualização dentro da temática da humanização. Este conteúdo foi retomado diversas vezes durante as entrevistas, por quase todos os docentes. Isso demonstra o quanto as formações ainda tem de evoluir no sentido da valorização da humanização, até que novas gerações possam usufruir destas mudanças.

A segunda ideia diz respeito ao adoecimento dos alunos de graduação e a urgência em cuidar dos discentes. Este foi um conteúdo apresentado por todos os docentes entrevistados: do instante em que os professores falaram do acolhimento ao aluno ou de favorecer sua independência e autonomia, até o debate sobre seu adoecimento e das questões graves de saúde que alguns deles acabam enfrentando. Esta temática está diretamente ligada ao que vemos na saúde pública como um todo, às vezes acometendo os profissionais de saúde e gestores e quase sempre afetando os usuários dos serviços. Notamos, portanto, que tanto o adoecimento quanto o cuidado dispendido com os discentes provocará consequências futuras durante seu percurso acadêmico e sua atuação profissional; só nos resta trabalhar no sentido de fortalecer o cuidado e tratar das causas das mazelas e do sofrimento estudantil.

A terceira ideia (que permeia quase todos os discursos) é a de que “humanizar dá trabalho”. Sim, humanizar possivelmente é menos cômodo e mais dispendioso do que tratar todos os assuntos de maneira “objetiva” e impessoal, é mais trabalhoso que tratar dos conteúdos de maneira operacional e é mais exigente porque requer a prática da escuta, do diálogo e do cuidado com o outro. Entretanto, esta questão é respondida pelos próprios docentes, que percebem a evolução de seus estudantes e dos egressos dos cursos com relação

a todos estes aspectos. É possível garantir, portanto, que apesar da constatação de que “humanizar dá trabalho”, “humanizar vale a pena”!

Desta forma, esta pesquisa certamente traz contribuições para o cenário da Estratégia Saúde da Família, na medida em que incentiva o debate sobre a temática da humanização e apresenta alguns caminhos relevantes para sua efetivação nas formações acadêmicas da saúde a partir das sugestões dos docentes.

Também é esperado que este estudo estimule a produção de outros trabalhos nesta área, abrindo novas perspectivas e aprimorando as discussões sobre a humanização, que como vimos durante o desenvolvimento da pesquisa, exige esforço, dedicação e nem sempre tem sua importância reconhecida dentro no âmbito da saúde. Segue abaixo algumas possibilidades de estudos futuros nesta área:

- a) Investigação dos novos PPCs, após sua reformulação;
- b) Pesquisa em cursos pertencentes à IES particulares, que neste momento experimentam grande expansão no cenário da formação superior;
- c) Análise da percepção dos discentes sobre o ensino da humanização;
- d) Análise da presença da humanização nos cenários de prática e atuação profissional;
- e) Análise específica de projetos de extensão ou ligas acadêmicas que estejam relacionadas com a temática da humanização.
- f) Análise da humanização nos diferentes níveis de atenção à saúde, relacionando-os com a literatura sobre o tema.

Por fim, essas sugestões permitem perceber como o campo da humanização é amplo, manifestando-se através de vários aspectos dentro do cenário da Estratégia Saúde da Família e das formações acadêmicas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.; CHAVES, E. Teaching humanization in undergraduate nursing course subjects. **Invest Educ Enferm.**, Antioquia-COL, v. 31, n. 1, p. 44-53, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v31n1/v31n1a06.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ALONSO, J. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2541-2548, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a08.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

ALVES, A; MOREIRA, S.; AZEVEDO, G; ROCHA, V; VILAR; M. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN – Natal – RN – Brasil. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 555-561, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n4/v33n4a06.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ANGEL, A. **O ensino da humanização: um estudo em cursos da área da saúde da UFAC**. 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de desenvolvimento do ensino superior em saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, A. Expansão da educação superior no Brasil: limites e possibilidades. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 36, n. 131, p. 361-390, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v36n131/1678-4626-es-36-131-00361.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

BRASIL. Lei Nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Parecer nº 776 de 03 de dezembro de 1997**. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação / Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>>. Acesso em 29 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Parecer nº 583 de 04 de abril de 2001**. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação / Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>>. Acesso em 29 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução nº 03 de 07 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem / Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em 29 out.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução nº 03 de 19 de fevereiro de 2002**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia / Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, 2002a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em 29 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Parecer nº 058 de 18 de fevereiro de 2004**. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Ed. Física / Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, 2004c. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces058\\_04.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces058_04.pdf)>. Acesso em 29 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Programa de Educação Tutorial – PET: Manual de Orientações Básicas** / Secretaria de Educação Superior. Brasília: Ministério da Educação, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução nº 01 de 17 de junho de 2010**. Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior, 2010i. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=6885&Itemid=>](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6885&Itemid=>)>. Acesso em 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução nº 05 de 15 de março de 2011**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Psicologia / Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, 2011a. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category\\_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em 29 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução nº 03 de 20 junho de 2014**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina / Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, 2014a. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em 29 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ass. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher** / Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher; Secretaria de Políticas de Saúde; Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 2)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b – (Cadernos HumanizaSUS; v. 3)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha Saúde e Trabalho**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da saúde, 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 1)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Grupo de Trabalho de Humanização** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: gestão e formação nos processos de trabalho / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de

Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria - Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 4. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação **Pró-saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH** (folheto). 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Redes de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010g.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro 1998**. Relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1998. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287\\_08\\_10\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html)>. Acesso em 14 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Institui as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em 28 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Trabalho e redes de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010h.



BRITO, A. **Compreensões acerca da prática psicoterápica realizada por psicólogos da estratégia de saúde da família (ESF)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

BRITO, C.; SILVEIRA, R.; MENDONÇA, D.; JOAQUIM, R. O humor e o riso na promoção de saúde: uma experiência de inserção do palhaço na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 553-562, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0553.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

BUBER, Martin. **Do diálogo e do dialógico**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1982.

\_\_\_\_\_. **Eu e Tu**. 10ª ed. São Paulo: Centauro, 2009.

CARVALHO, J. Os ideais da formação humanista e o sentido da experiência escolar. **Educ. Pesqui.** São Paulo, v. 43, n. 4, p. 1023-1034, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v43n4/1517-9702-ep-S1517-9702201610148595.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2018.

CASATE, J.; CORRÊA, A. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 219-226, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a29.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

CONDRADE, T.; APRILE, M.; PAULINO, C.; KARSH, U.; BATAGLIA, P. Humanização da saúde na formação de profissionais da fisioterapia. **Rev. Equilíbrio Corporal e Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 25-35, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/114960/ISSN21769524-2010-02-02-25-35.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

COTTA, R.; REIS, R.; CAMPOS, A.; GOMES, A.; ANTONIO, V.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 171-179, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/18.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

FILIPPON, J.; KANTORSKI, L. Humanização e loucura, em busca do humano que dialoga saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 659-680, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/14.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

FLOSS, M.; PORTO, B.; DALL'AGNOL, A.; COSTA, M.; SUSIN, L. A Humanização através do Programa Recrutadas da Alegria da Furg: um Relato de Experiência. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 464-470, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n4/v33n4a06.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOULART, B; CHIARI, B. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-

268, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a31v15n1.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

HAGUETE, T. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 8. Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

HOLANDA, A.; KARWOWSKI, S. Produção acadêmica em Gestalt-Terapia no Brasil: Análise de Mestrados e Doutorados. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 60-71, 2004. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n2/v24n2a08.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

HYCNER, R.; JACOBS, L. **Relação e Cura em Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

IBGE. **Estimativas populacionais dos municípios para 2017**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=1328>>. Acesso em 05 dez. 2017

IBGE. **População estimada**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência: 1 de julho de 2017. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 7 jun. 2018.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica**: Técnicas de pesquisa. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. *In*: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. (Org.). **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. TEIXEIRA, J. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

GARCIA, M.; FERREIRA, F; FERRONATO, F. Experiências de humanização por estudantes de medicina. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 87-106, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a06.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Metodologia do trabalho científico**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, G.; THEÓPHILO, C. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009, 247.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

\_\_\_\_\_. GUERRIERO, I. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19 n. 4, p. 1103-1112, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01103.pdf>>. Acesso em: 4 jul.

2018.

MOREIRA, M.; LUSTOSA, A.; DUTRA, F.; BARROS, E.; BATISTA, J.; DUARTE, M. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p. 3231-3242, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3231.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

MOTA, C.; REGINATO, V.; GALLIAN, D. A metodologia da história oral de vida como estratégia humanizadora de aproximação entre cuidador/idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.8, p. 1681-1684, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a20.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

NORA, C.; JUNGES, J. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-2000, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

PIRES, A. Bolsa família e políticas públicas universalizantes: o caso de um município paulista. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 134, p. 341-366, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n134/a0538134.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

PIZANI, J.. BARBOSA-RINALDI, I. Identidade dos cursos de licenciatura e bacharelado em Educação Física no Paraná: uma análise das áreas do conhecimento. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, São Paulo, v.28, n. 4. p. 671-682, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v28n4/1807-5509-rbefe-28-4-0671.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

POLGLIANE, R.; LEAL, M.; AMORIM, M.; ZANDONADE, E.; SANTOS NETO, E. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-01999.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. A. Thorell. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POUPART J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P; GROULX, L-H. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de A. C. Nasser Petrópolis: Vozes, 2008.

REBELLO, M; NETO, J. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 188-197, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/06.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

RICHARDSON, R. *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, B.; UCHOA, S. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 109-127, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/07.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

ROGERS, C. Duas tendências divergentes. In: MAY, R. (Org.) **Psicologia Existencial**. 3ª Ed. Porto Alegre: Editora Globo, 1980.

ROGERS, C.; KINGET, G. **Psicoterapia e relações humanas**. Belo Horizonte, v.01, Interlivros, 1977.

SANTOS, M.; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 775-786, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a25.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

SILVA, F.; MENEZES, M. Formação profissional e humanização dos serviços de saúde. **Formação Técnica em Saúde no Contexto do SUS**, Brasília, v. 2002, v.2, n.5, p.59-74. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0203/pdfs/IS23\(2\)050.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23(2)050.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SILVA, O. **Implicações da fragmentação da formação profissional de Educação Física em Licenciatura e Bacharelado para as IES baianas**. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2009.

SOARES, A. Licenciatura versus bacharelado: a cultura da polarização na formação inicial dos professores. **Póiesis Pedagógica**, Catalão, v.9, n.1, p.109-123, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/poiesis/article/view/15673/9598>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TUZZO, S.; BRAGA, C. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 4, n.5, p. 140-158, 2016. Disponível em: <<http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/download/38/31>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Biblioteca Universitária. **Guia de normalização de trabalhos acadêmicos da Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza, 2013.

VON ZUBEN, N. **Martin Buber: Cumplicidade e diálogo**. 1ª Ed. Bauru: EDUSC, 2003.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

1. Nome do curso
2. Instituição de Ensino Superior
3. Data da criação
4. Carga horária
5. Duração (em semestres)
6. Data de elaboração do PPC atual
7. Número de vagas por semestre
8. Estrutura curricular
9. Espaços de atuação profissional
10. Descrição de elementos relacionados à humanização ou à PNH:
  - 10.1 Perfil do egresso;
  - 10.2 Objetivos do curso;
  - 10.3 Unidades Curriculares:
    - 10.3.1 Ementas;
    - 10.3.2 Objetivos de aprendizagem;
    - 10.3.3 Conteúdos

## **APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

### **1. IDENTIFICAÇÃO**

- Qual sua formação profissional?
- Há quanto tempo está formado(a)?
- Qual sua titulação atualmente?
- Já ocupou a função de coordenador(a) deste curso de graduação?
- Quais foram suas experiências profissionais anteriores, inclusive como docente?
- Que disciplinas o(a) Sr.(a) ministra atualmente?

### **2. NOÇÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO**

- Como o(a) Sr.(a) poderia definir o conceito de humanização?
- Como o(a) Sr.(a) poderia definir a Política Nacional de Humanização em Saúde?
- Como o(a) Sr.(a) poderia definir o ensino da humanização em cursos da saúde?

### **3. PERCEÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NO PPC E NA ESTRUTURA DE FUNCIONAMENTO DO CURSO**

- Temas relacionados à humanização estão presentes no PPC do curso que o(a) Sr.(a) atua?
- O(a) Sr.(a) poderia descrever como acontece o ensino da humanização no seu curso (disciplinas, estágios, extensões, etc.)?
- Como o(a) Sr.(a) poderia mensurar e classificar o espaço que o ensino da humanização ocupa no currículo deste curso?

### **4. PERCEÇÃO DO IMPACTO DO ENSINO DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO DOS EGRESSOS DO CURSO**

- O ensino da humanização afeta qualitativamente a formação dos alunos?  
E quanto a atuação profissional dos egressos?
- Quais são, em sua opinião, os desafios para o ensino e a prática de trabalho humanizados?

**O(a) Sr.(a) poderia citar algumas sugestões, a partir de sua experiência, que sejam úteis para o ensino da humanização em saúde?**

## APÊNDICE C - INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DE DISCURSO

### Instrumento de Análise de Discurso 1 - IAD1

Entrevista N°:

TEXTO DA ENTREVISTA TRANSCRITA	EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS-CENTRAIS ANCORAGENS

- Leitura do texto transcrito da entrevista e identificação e codificação de ECH associadas à IC e AC inferidas daquela figura metodológica.
- Transposição das ECH para a segunda coluna do IAD1, e registro das correspondentes IC e AC na terceira coluna do mesmo instrumento.
- Releitura dos IAD1, visando fundir IC/AC de significado semelhante.
- Elaboração de Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2), abaixo apresentado, para cada IC/AC.

### Instrumento de Análise de Discurso 2 – IAD2

IC/AC:

EXPRESSÕES-CHAVE	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

- Transposição das ECH de cada IC/AC para a primeira coluna de seu respectivo IAD2.
- Transposição das ECH da primeira para a segunda coluna do IAD2, onde se efetuará a edição do texto, colocando-o na primeira pessoa do singular, eliminando as passagens que identificam sujeitos, locais e situações específicos, e colocando-se expressões de ligação adequadas à inteligibilidade do DSC.

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

**Prezado(a) Sr.(a) Docente,**

Convido você a participar da pesquisa intitulada: “**A integração da humanização na formação das profissões da saúde: um olhar sobre os Projetos Pedagógicos dos Cursos e a percepção dos docentes**”, que está sendo desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, *campus* de Sobral, sob orientação da Prof. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

A pesquisa ocorrerá por meio da análise documental de Projetos Pedagógicos dos Cursos de graduação em saúde e de entrevistas semiestruturadas, que serão gravadas em áudio e transcritas na íntegra pelo pesquisador, e essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo de analisar a integração da humanização na formação das profissões da saúde, no nível da graduação, em IES públicas de uma cidade universitária de médio porte do interior do Nordeste brasileiro.

Ao final, este estudo poderá trazer benefícios para acadêmicos, docentes e gestores do cenário educacional da região, bem como para a rede de serviços de saúde, pois através da análise de como a temática da humanização é abordada nos cursos de graduação da área da saúde, será possível proporcionar a construção de um referencial teórico-prático para o ensino da humanização.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Entretanto, podem haver alguns riscos associados a esta pesquisa, como: constrangimento por alguma informação prestada ou; temor por parte dos entrevistados de que certas informações não permaneçam resguardadas pela confidencialidade. Caso seja necessário, o pesquisador indicará e facilitará seu o acesso aos meios de suporte oportunos em decorrência de algum acontecimento durante a pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o mestrando em Saúde da Família Thiago Carvalho Freitas, que poderá ser contatado através dos seguintes telefones (88) 99240-1369 e (88) 3677-1650 ou no endereço profissional: Rua Padre Fialho, 229. Centro. Sobral-CE. CEP: 62010-330.



Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UEVA, situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº. 186, bairro Derby, ou através do telefone (88) 3677-4255.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, sendo a sua identificação e dos demais participantes mantidas em sigilo, sendo utilizadas somente para o estudo, podendo ocorrer a publicação do mesmo em eventos, periódicos, livros, dentre outros, apenas com finalidade científica.

Você poderá se recusar a participar do estudo, bem como desistir dele a qualquer momento e por qualquer motivo que lhe seja conveniente, sem nenhum prejuízo pessoal e/ou profissional. O estudo não lhe ocasionará despesas pessoais, nem compensação financeira relacionada à sua participação. A qualquer momento você poderá pedir os esclarecimentos que achar necessários ao pesquisador.

Fica assegurado também o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento do pesquisador.

## **CONSENTIMENTO**

Fui suficientemente inteirado das informações que li, descrevendo o estudo “**A integração da humanização na formação das profissões da saúde: um olhar sobre os Projetos Pedagógicos dos Cursos e a percepção dos docentes**”.

Concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

**Assinatura do(a) docente participante da pesquisa**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) docente para a participação neste estudo.

---

**Thiago Carvalho Freitas**  
**Pesquisador responsável**

**APÊNDICE E – CARTA DE ANUÊNCIA DE PESQUISA PELA INSTITUIÇÃO DE  
ENSINO SUPERIOR**

Eu, \_\_\_\_\_,  
(NOME)  
 \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ da  
(FUNÇÃO) (NOME DO DEPARTAMENTO)  
 \_\_\_\_\_, após ter recebido todos os  
(IES)  
 esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos a serem seguidos na realização da  
 pesquisa intitulada “**A integração da humanização na formação das profissões da saúde:  
 um olhar sobre os Projetos Pedagógicos dos Cursos e a percepção dos docentes**”, sob  
 orientação da Prof. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira (UFC/Sobral), autorizo Thiago  
 Carvalho Freitas, mestrando em Saúde da Família pela UFC *Campus* de Sobral, a pesquisar  
 no(s) curso(s) de graduação em \_\_\_\_\_  
(NOME DO CURSO)  
 desta IES para coleta dos seguintes dados: 1. Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs); e 2.  
 Acesso aos docentes dos cursos para realização de entrevistas semiestruturadas (um docente  
 por curso de graduação).

O objetivo desta pesquisa é analisar a integração da humanização na formação das  
 profissões da saúde, no nível da graduação, em IES públicas de uma cidade universitária de  
 médio porte do interior do Nordeste brasileiro.

A autorização para a realização das entrevistas com os docentes está condicionada  
 à aprovação prévia da pesquisa em questão por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao  
 cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional  
 de Saúde – CNS, que trata das pesquisas envolvendo Seres Humanos.

O pesquisador também se compromete a utilizar os dados obtidos somente para a  
 realização deste estudo, e em garantir que não haverá qualquer menção nominal aos  
 participantes da pesquisa, aos responsáveis pela permissão de pesquisa ou mesmo à própria  
 Instituição de Ensino Superior no relatório final, na Dissertação de Mestrado ou em  
 publicações vindouras.

Esta autorização não permite que o pesquisador reproduza por qualquer meio o  
 PPC, ou que o retire desta IES, e restringe a pesquisa neste documento a local a ser designado  
 pela IES ou coordenação do curso de graduação a ser pesquisado.

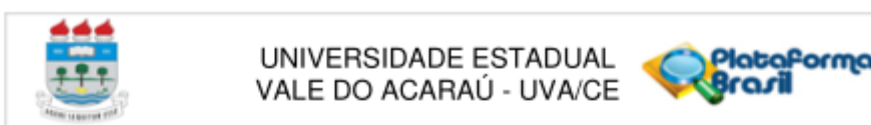
O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha concessão a qualquer momento da pesquisa.

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

**Assinatura e carimbo do(a) responsável**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A INTEGRAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE: UM OLHAR SOBRE OS PROJETOS POLÍTICO PEDAGÓGICOS E A PERCEPÇÃO DOS DOCENTES

**Pesquisador:** THIAGO CARVALHO FREITAS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 89614218.3.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

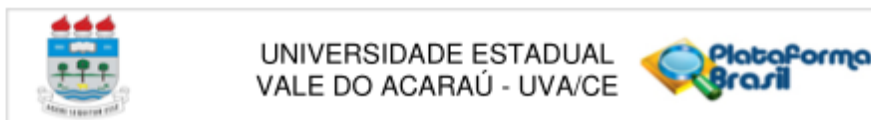
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.739.399

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação apresentado ao mestrado em saúde da família. Esta pesquisa será desenvolvida a partir da abordagem qualitativa do tipo exploratória, tendo como princípio maior a familiarização com o problema em questão, a saber, a integração da humanização à formação das profissões da saúde a partir do discurso do Projeto Político Pedagógico e da percepção dos docentes dos cursos de graduação de IES públicas. Serão pesquisados cursos de graduação em saúde de IES públicas de um município de médio porte do interior do Nordeste brasileiro. Os cursos pesquisados serão: Educação Física, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia, que correspondem aos cursos da área da saúde existentes no município onde se dará a pesquisa. A previsão é de pesquisar em todos os 05 (cinco) cursos de graduação. Em cada um dos cursos selecionados será escolhido 01 (um) professor para a fase de entrevistas. As entrevistas serão gravadas para posterior conferência, transcrição e análise. Quanto ao perfil dos docentes selecionados para a fase de entrevistas, se dará prioridade àqueles que: a) participem ou tenham participado do Núcleo Docente Estruturante (NDE) de seus respectivos cursos de graduação; b) estejam ou já estiveram ocupando a função de coordenador(a) do curso; e c) estejam a mais tempo como docente do curso. O NDE é constituído por um grupo de docentes, tendo caráter consultivo para acompanhamento do curso de graduação, e atua nos processos de concepção, consolidação e atualização contínua do Projeto Político Pedagógico. Desta forma, é esperado que os docentes

**Endereço:** Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.739.399

participantes do NDE tenham mais familiaridade com os PPCs, e por isso a escolha prioritária destes para esta pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral:

Analisar a integração da humanização na formação das profissões da saúde, no nível da graduação em IES públicas, de uma cidade universitária de médio porte do interior do Nordeste brasileiro.

Objetivos Específicos:

- Identificar a temática da humanização nos Projetos Político Pedagógicos dos cursos de saúde pesquisados;
- Analisar criticamente a proposta de humanização e sua inserção nos currículos de saúde;
- Identificar o possível impacto da humanização nos currículos para a formação dos estudantes e atuação profissional dos egressos, sob a ótica dos docentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Alguns riscos associados a esta pesquisa, apontados pelo pesquisador, são: constrangimento por alguma informação prestada; ou temor por parte dos entrevistados ou responsáveis pelos documentos analisados de que tais informações não permaneçam resguardadas pela confidencialidade. Caso seja necessário, o pesquisador indicará e facilitará o acesso dos sujeitos participantes da pesquisa aos meios de suporte oportunos em decorrência de algum acontecimento durante a pesquisa.

Os benefícios descritos são: produção de conhecimento útil para estudantes, profissionais e gestores; fomento de reflexões e possíveis mudanças, tanto no ensino como na prática de saúde, especialmente no tocante à humanização em saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, que proporcionará discussões sobre a humanização na área do ensino e prática em saúde.

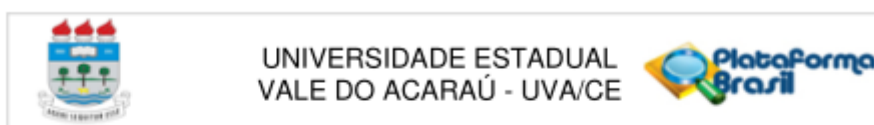
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE em conformidade; Cartas de anuência das IES públicas assinadas e carimbadas; Folha de rosto assinada e carimbada.

**Recomendações:**

As recomendações anteriores foram atendidas.

**Endereço:** Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.739.399

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências. Projeto respeita os preceitos éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1070550.pdf	30/05/2018 08:02:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	30/05/2018 08:00:30	THIAGO CARVALHO FREITAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/05/2018 08:00:15	THIAGO CARVALHO FREITAS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	11/05/2018 12:25:33	THIAGO CARVALHO FREITAS	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_UFC.pdf	08/03/2018 08:44:54	THIAGO CARVALHO FREITAS	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_UVA.pdf	08/03/2018 08:44:29	THIAGO CARVALHO FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/03/2018 08:43:17	THIAGO CARVALHO FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Thiago_Carvalho_Freitas.pdf	08/03/2018 08:37:29	THIAGO CARVALHO FREITAS	Aceito

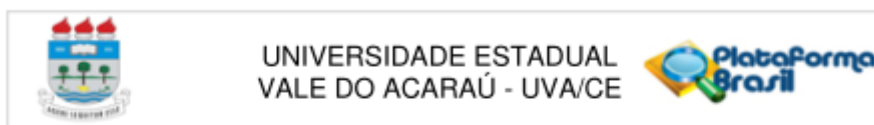
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150  
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040  
 UF: CE Município: SOBRAL  
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva\_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.739.399

SOBRAL, 27 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Maria do Socorro Melo Carneiro**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com