

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO: FORMAÇÃO DOCENTE
PARA A EDUCAÇÃO BÁSICA MESTRADO PROFISSIONAL**

LÍLIAN RODRIGUES SANT' ANNA CAMPOS

**A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE NO CURSO TÉCNICO EM
ENFERMAGEM DA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DA UFU**

**UBERLÂNDIA-MG
2020**

LÍLIAN RODRIGUES SANT' ANNA CAMPOS

**A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE NO CURSO TÉCNICO EM
ENFERMAGEM DA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DA UFU**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Educação: formação docente para a educação básica da Universidade de Uberaba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de pesquisa: Práticas Docentes para Educação Básica.

Orientadora: Profa. Dra. Selva Guimarães

**UBERLÂNDIA-MG
2020**

Catálogo elaborado pelo Setor de Referência da Biblioteca Central UNIUBE

Campos, Lílian Rodrigues Sant' Anna.
C157h A humanização na saúde no curso Técnico em Enfermagem da
Escola Técnica de Saúde da UFU / Lílian Rodrigues Sant' Anna
Campos.
– Uberlândia-MG, 2020.
114 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Uberaba. Programa de
Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação. Linha: Práticas
Docentes para Educação Básica.

Orientadora: Profa. Dra. Selva Guimarães.

1. Humanização na saúde. 2. Enfermagem. 3. Saúde. 4. Ensino. I.
Guimarães, Selva. II. Universidade de Uberaba. Programa de Pós-
Graduação Mestrado Profissional em Educação. III. Título.

CDD 610

LILIAN RODRIGUES SANT' ANNA CAMPOS

A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE NO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
DA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DA UFU

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Educação da Universidade
de Uberaba, como requisito final para a
obtenção do título de Mestre em
Educação.

Aprovada em 13/03/2020

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Selva Guimarães
(Orientadora)
Universidade de Uberaba – UNIUBE


Prof.^a Dr.^a Paula Carolina Bejo
Wolkers
Universidade Federal de Uberlândia -
UFU


Prof.^a Dr.^a Sandra Gonçalves Vilas
Bôas
Universidade de Uberaba – UNIUBE

DEDICATÓRIA

Aos meus amores, meu marido, Pedro Ivo e ao meu lindo filho, Caio, pelo amor, carinho e por permanecerem ao meu lado, incondicionalmente, durante todo esse processo que despertou um turbilhão de emoções e ausências, mas, que ao final proporcionou grande vitória e alegria.

Aos meus pais e irmã, por acreditarem no meu potencial e me apoiarem em todos os momentos necessários.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por conceber uma conquista tão importante na minha vida.

À minha família, pelo apoio, dedicação e incentivo durante esse período de desafios e conquistas.

À Uniube, aos docentes, administração e as minhas orientadoras, Dra. Luciana Beatriz de Oliveira Bar de Carvalho e Dra. Selva Guimarães por toda estrutura, direcionamentos oferecidos e aprimoramento dos meus conhecimentos científicos.

À Universidade Federal de Uberlândia, pela oportunidade de realizar essa dissertação.

À Escola Técnica de Saúde da UFU, pela liberação do campo de pesquisa.

Aos docentes e egressos do Curso Técnico em Enfermagem, por participarem tão prontamente e contribuírem com esse estudo.

RESUMO

A assistência à saúde e gestão dos processos realizada com qualidade e de maneira humanizada tem sido um objetivo a ser alcançado no sistema de saúde. Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH), eixo norteador da humanização nas ações de saúde, para fortalecimento do SUS. Essa meta requer investimentos nos serviços de saúde e na formação dos profissionais da área, como sujeitos atuantes, humanizados e transformadores da realidade de saúde. Essa pesquisa situa-se no campo de investigação qualitativa, tipo estudo de caso com o objetivo de compreender os significados de humanização na saúde atribuídos por docentes e egressos do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde (ESTES) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e no Projeto Político Pedagógico (PPP) vigente em 2019, do referido Curso. Os procedimentos metodológicos utilizados foram análise de documentos públicos e a aplicação de questionários. A análise nos dados dos questionários evidenciou categorias comuns acerca da humanização na saúde: atitudes humanas, empatia, acolhimento e valorização do paciente. Referente à análise documental do PPP do curso, identificou-se que a palavra “humanização” não foi mencionada. O documento apresenta termos relacionados a “humanização”. A pesquisa demonstra que a humanização na saúde é compreendida ainda pelos participantes, em maior proporção, como conceito subjetivo, que remete aos valores humanos e em menor magnitude o conceito de humanização como política, introduzida pela PNH desde 2003. O PPP aborda o tema de maneira incompleta em relação ao proposto pela PNH. A partir desses resultados apresenta-se uma proposta de formação continuada para os docentes e uma para os egressos participantes sobre a política pública de humanização na saúde. Concluiu-se que é imperativo realizar estratégias que possibilitem o aprendizado da humanização por docentes e futuros profissionais do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU, numa perspectiva de construção de saberes e atitudes acerca do significado político de humanização na prática dos profissionais de enfermagem, que auxilie no processo de formação de sujeitos autênticos, participativos, responsáveis e promotores de uma assistência humanizada.

Palavras-chave: humanização, saúde, enfermagem, ESTES, ensino.

ABSTRACT

Health care and process management carried out with quality and in a humanized way has been an objective to be achieved in the health system. In 2003, the Ministry of Health created the National Humanization Policy (PNH), the guiding principle of humanization in health actions, to strengthen the SUS. This goal requires investments in health services and in the training of professionals in the area, as active, humanized and transforming health reality subjects. This research is located in the field of qualitative research, like a case study with the objective of understanding the meanings of humanization in health attributed by professors and graduates of the Technical Course in Nursing at the Technical School of Health (ESTES) of the Federal University of Uberlândia (UFU) and in the Pedagogical Political Project (PPP) in force in 2019, of the referred Course. The methodological procedures used were the analysis of public documents and the application of questionnaires. The analysis in the questionnaire data showed common categories about humanization in health: human attitudes, empathy, acceptance and appreciation of the patient. Regarding the documentary analysis of the course PPP, it was identified that the word “humanization” was not mentioned. The document presents terms related to “humanization”. The k demonstrates that humanization in health is understood by the participants, to a greater extent, as a subjective concept, which refers to human values and to a lesser extent the concept of humanization as a policy, introduced by the PNH since 2003. The PPP addresses the theme in a way incomplete in relation to that proposed by the PNH. Based on these results, a proposal for continuing education for teachers and one for participating graduates on the public policy of humanization in health is presented. It was concluded that it is imperative to carry out strategies that enable the learning of humanization by teachers and future professionals of the Technical Course in Nursing at ESTES / UFU, in a perspective of building knowledge and attitudes about the political meaning of humanization in the practice of nursing professionals, that helps in the process of training authentic, participative, responsible and promoters of humanized assistance.

Keywords: humanization, health, nursing, ESTES, teaching.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
CEB	Câmara de Educação Básica
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
CNCT	Catálogo Nacional de Cursos Técnicos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EPT	Educação Profissional e Técnica
ESTES	Escola Técnica de Saúde
ESTSUS	Escola Técnica de Saúde do SUS
ETECC	Escola Técnica de Enfermagem Carlos Chagas
GTH	Grupos De Trabalho de Humanização
HCU	Hospital de Clínicas de Uberlândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PHPN	Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNE	Plano Nacional de Educação
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPP	Projeto Político Pedagógico
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PSF	Programa Saúde da Família
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESC	Serviço Social do Comércio

SESI	Serviço Social da Indústria
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNIUBE	Universidade de Uberaba

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS E TABELAS

FIGURA 1	Entrada do Campus Umuarama da UFU	24
FIGURA 2	Escola Técnica de Saúde / UFU, bloco 6x, vista lateral	25
FIGURA 3	Organização curricular em módulos	26
FIGURA 4	Estrutura curricular do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/ UFU	27
FIGURA 5	Anna Justina Ferreira Nery	38
FIGURA 6	Projeto Acolhe SUS- Rede Humaniza SUS - o SUS que dá certo	53
GRÁFICO 1	Número de profissionais de enfermagem no Brasil	19
GRÁFICO 2	Gênero dos docentes do Curso Técnico em Enfermagem em 2019.....	59
GRÁFICO 3	Qualificação dos docentes do Curso Técnico em Enfermagem em 2019	61
TABELA 1	Faixa etária dos docentes do Curso Técnico em Enfermagem em 2019.....	60
TABELA 2	Tempo de atuação docente no Curso Técnico em Enfermagem em 2019	61

SUMÁRIO

MEMORIAL	13
A pesquisadora e suas memórias	13
1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Tema, problema e justificativas.....	17
1.2 Objetivos.....	21
1.2.1 Objetivo Geral	21
1.2.2 Objetivos específicos	21
1.3. METODOLOGIA	21
1.3.1 Caminhos metodológicos	22
1.3.2 Local da pesquisa	23
1.3.3 Participantes	29
1.3.4 A construção e análise dos dados	29
1.3.5 Organização das sessões	31
2 A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: UMA REVISÃO HISTÓRICA	33
2.1 O contexto da saúde e o exercício da enfermagem no Brasil	33
2.2 Enfermagem moderna, a divisão de categorias e a criação do Curso Técnico em Enfermagem	37
2.3 Um breve histórico da Educação Profissional no Brasil	42
3 A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES	48
3.1 A humanização na formação do Técnico em Enfermagem	56
4 ANÁLISE DOS DADOS: A HUMANIZAÇÃO NO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	59
4.1 Perfil docente	59
4.2 Significados da humanização na saúde atribuídos por docentes e egressos.....	62
4.2.1 Atitudes Humanas	63
4.2.2 Empatia	65
4.2.3 Acolhimento	67
4.2.4 Valorização do paciente	69
4.3 A humanização no Projeto Político do Curso Técnico em Enfermagem	71

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA: MINICURSO E PROJETO DE EXTENSÃO	78
6.1 Proposta de Formação Docente- Minicurso	78
6.2 Projeto de Extensão para egressos e alunos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU	84
7 REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO COM DOCENTES	107
APÊNDICE B ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO COM EGRESSOS	109
APÊNDICE C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
APÊNDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO	112
ANEXO 1 APROVAÇÃO DO CEP	113

MEMORIAL¹

A Pesquisadora e suas memórias

Nasci em Uberlândia, Minas Gerais, no dia 26 de maio de 1982. Filha de Márcio e Lígia, ambos enfermeiros e funcionários do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Iniciei o ensino superior em 2000, na Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. As aulas eram ministradas no Campus Umuarama, no bloco 4k. O curso teve a duração de quatro anos, no período noturno nos três anos e, no último ano, em tempo integral. Após a conclusão de todas as disciplinas, recebemos o diploma de Graduação em Enfermagem, habilitação Bacharelado, em 20 de dezembro de 2003. Ao longo do curso vivenciei muitos sentimentos e momentos que levo para a vida, que fizeram-me amadurecer emocionalmente e intelectualmente.

Lembro-me do primeiro contato com um cadáver, na aula de anatomia, do cheiro forte de formol, que fazia lacrimejar os olhos e das provas práticas, nas quais eu tinha que identificar várias peças em um tempo determinado pelo professor. As aulas de laboratório que simulavam as práticas hospitalares proporcionavam-me certa segurança para saber como realizar os procedimentos.

Nos estágios no HCU da UFU recorro de sentir-me insegura e tímida nos primeiros contatos com os pacientes internados, mas, no decorrer do curso aprendi o que falar, como falar e o que fazer. “A prática estimula o conviver com a realidade e proporciona uma aprendizagem vinculada ao exercício da cidadania, maturidade pessoal e grupal (ROLIM *et al*, 2004, p. 83).

A primeira morte que presenciei ficou gravada na minha memória, como um momento tenso, de medo e tristeza. Mas, esse processo de saber superar a morte de pacientes faz parte das profissões da área de saúde. É complexo, mas entendemos.

A morte não é um assunto confortável para grande parte da população, principalmente no Brasil, onde não existe uma cultura natural relacionada ao morrer. Ainda que nos refiramos a profissionais de saúde, cuja vivência com a morte é cotidiana, o falecimento de um paciente não é encarado como esperado (MENDES; SANTOS; MARBACK, 2018, p. 112)

¹ O memorial foi escrito em primeira pessoa do singular. As demais sessões do Texto escritas em primeira pessoa do plural.

Realizamos viagens para Congressos Científicos no decorrer do curso e, em um deles tive a oportunidade de participar de uma palestra realizada no 5º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, realizado na cidade de Recife -PE, em 2002, proferida pelo médico Hunter Doherty "Patch" Adams. Em sua palestra ele defendia o tratamento de pacientes com cuidado, compaixão e humor. Esse médico teve seu trabalho reconhecido no filme inspirado em sua vida "Patch Adams - O amor é contagioso"², que trata sobre a humanização da assistência à saúde. Essa experiência me fez perceber a enfermagem com mais carinho.

Na Graduação em Enfermagem na UFU cursei o Bacharelado e a Licenciatura. Por estímulo do meu pai, iniciei a Licenciatura em Enfermagem, que na época era opcional. A Licenciatura funcionava concomitante ao Bacharelado. As aulas teóricas eram ministradas pela Faculdade de Educação da UFU, no Campus Santa Mônica e as aulas práticas realizadas no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde (ESTES)³ da UFU, no Campus Umuarama.

Eu adorei as aulas práticas da Licenciatura, fiquei responsável por ministrar algumas aulas sobre Fundamentos de Enfermagem, disciplina que ensinava os procedimentos adequados para assistência à saúde do paciente adulto e acompanhava também os alunos do Curso Técnico em Enfermagem no Laboratório, demonstrando e supervisionando a prática dos procedimentos ministrados nas aulas teóricas.

No decorrer do Bacharelado aprendi a cuidar dos enfermos, a trabalhar em equipe, a ter postura profissional, a ser ética e adquirir conhecimentos científicos, ao longo da minha formação. Na Licenciatura em Enfermagem, me encantei pela docência. Colei grau em fevereiro de 2004, na terceira turma de Graduação em Enfermagem Bacharelado e na Licenciatura em agosto 2004

Após a formatura iniciei a Especialização em Saúde Pública, com ênfase em Programa Saúde da Família, formando em 2009, na Faculdade São Camilo, Minas Gerais.

Nesse mesmo ano, prestei o concurso público para enfermeiros do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia⁴ e fui aprovada. Em maio, comecei a trabalhar no Hospital, no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Era minha função de monitorar setores do Hospital para verificar se os profissionais realizavam ações e procedimentos que evitassem a disseminação da infecção hospitalar.

²Título do filme: Patch Adams, Dirigido por: Tom Shadyac, País de Origem: Estados Unidos, Ano de produção: 1998. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=tOP72G7EMGw>. Acesso em 30/11/2019.

³Para conhecer a ESTES ver o site Disponível em <http://www.estes.ufu.br/> Acesso em 30/11/2019.

⁴Para conhecer o HCU ver o site Disponível em <https://www.hc.ufu.br/>. Acesso em 30/11/2019.

Observava a higiene das mãos, se os procedimentos eram feitos de maneira asséptica, se os profissionais realizavam os cuidados corretos com os materiais, dentre outras atividades. Realizava a busca ativa de pacientes com infecção e tentava associar os fatores que os levaram a desenvolver a infecção.

Além disso, era responsável pela capacitação de profissionais de diversos setores referente à prevenção de infecção hospitalar. Nos momentos da capacitação comecei a exercer a atividade educadora. Creio que desde a minha formação, meu caminho trilhou para docência.

Enquanto atuava como enfermeira, decidi ministrar aulas em uma escola privada em Uberlândia, MG, em um curso técnico em enfermagem. O curso era noturno e possibilitou-me o primeiro exercício profissional como professora. Assumi a docência em uma turma, durante um semestre. Foi uma grande conquista, desenvolvia a prática docente pensando nos alunos, em como interagir com eles, como entendê-los. Busquei formas de incentivar a participação e o diálogo em sala de aula, além de proporcionar um ensino humanizado.

Paulo Freire (1996, p. 21), na sua obra *Pedagogia da Autonomia*, nos ensinou:

saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Quando entro em uma sala de aula devo estar sendo um ser aberto a indagações, à curiosidade, às perguntas dos alunos, as suas inibições; um ser crítico e inquiridor, inquieto em face da tarefa que tenho – a de ensinar e não a de transferir conhecimento.

No ano de 2005, prestei Concurso Público para docente, do Curso Técnico em Enfermagem, da Escola Técnica de Saúde da UFU e obtive aprovação.

Em setembro de 2006, fui convocada para tomar posse no cargo de Professora do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico, no Curso Técnico em Enfermagem, da ESTES/ UFU, em regime de dedicação exclusiva, cumprindo 40 horas semanais. Assumi as disciplinas: Assistência a Clientes/Pacientes em Tratamento Clínico; Promoção da Biossegurança nas Ações da Enfermagem, Práticas Integradas 1 e Práticas Integradas 2.

Permaneço na instituição até o momento e, no decorrer dos anos, passei a ministrar também a disciplina “Preparação e Acompanhamento de Exames e Tratamentos Terapêuticos” no lugar de “Assistência a Clientes/Pacientes em Tratamento Clínico.”

O componente curricular Práticas Integradas 1 é ofertado no Laboratório da ESTES durante o primeiro período do Curso, quando é possível realizar simulações de situações reais de trabalho, permitindo ao aluno adquirir habilidades práticas, antes do contato efetivo com a assistência à saúde. As Práticas Integradas 2 acontecem nos diversos setores do Hospital da

UFU. É o momento em que os alunos realizam a assistência aos pacientes, com a supervisão dos professores. No meu caso, supervisiono as atividades no Setor de Pronto Socorro.

Ambas as disciplinas são divididas entre os professores para supervisionar os alunos. Dividimos os Estágios em blocos e, no término de cada um, os alunos mudam de professor.

De 2017 a 2018, assumi a Coordenação do Curso, o que ampliou meus conhecimentos sobre gestão de pessoas e materiais. Foi uma experiência rica, pois consegui visualizar os problemas, dificuldades e potencialidades de professores e alunos.

Como docente do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU, percebo, nos momentos em que realizamos as aulas práticas no Hospital, uma falta de acolhimento e respeito dos profissionais dos diversos setores e dos estudantes, com os pacientes e familiares. Além disso, observamos dificuldades dos relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho, seja com a equipe multiprofissional ou na própria categoria da enfermagem.

Na sala de aula são comuns as situações de conflito e falta de respeito entre os colegas e os professores. Há queixas de professores sobre estudantes que não querem participar de atividades em equipe, que não aceitam diferenças de idade, étnicas, sociais e culturais, causam discussões e constrangimentos entre os colegas.

Mas, havia diversas ocasiões em que percebi que os alunos exerciam a humanização entre eles e com os pacientes. Quando alguém tinha algum problema o colega estava disposto a ajudar, auxiliando-o e apoiando-o, seja nas dificuldades pessoais ou relativo aos conhecimentos teóricos, em momentos das atividades práticas, nas situações que geravam ansiedade e medo. Referente aos pacientes, os alunos realizavam procedimentos com a técnica correta, com cuidado e atenção, acolhendo o paciente respeitando sua privacidade e valores, escutando suas histórias e ao final da assistência o paciente ficava feliz e satisfeito. Essas experiências, negativas e positivas levaram-me a investigar a questão da humanização na saúde.

Em 2017, decidi realizar a seleção para o Programa de Mestrado Profissional em Educação: formação docente para a educação básica, da Universidade de Uberaba, em Uberlândia. Fui aprovada como aluna regular, ingressando em fevereiro de 2018.

O meu desejo é aprofundar e produzir conhecimentos que contribuam para a minha formação docente. Para Freire (1996), o aluno reconhece nos gestos do professor uma força formadora que colabora de maneira positiva na educação.

Portanto, pretendo fazer mais pela educação dos jovens, aprimorando os métodos de ensino, estimulando a humanização na saúde e, assim realizar melhores aulas e novos projetos que beneficiem a formação discente e docente.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema, problema e justificativas

A Constituição da República Federativa do Brasil⁵ de 1988, estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas. Estabeleceu que o acesso à saúde deveria ser universal, igualitário, a assistência integral e as ações e serviços de saúde se integrariam em uma rede, formando o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

O sistema de saúde nacional foi regulamentado pela Lei n.º 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990).

O SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como "o Estado de não doença", o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000a, p. 5).

O SUS estabeleceu princípios para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde de forma mais justa e humanizada (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Porém, mesmo com as diversas ações realizadas para a promoção de uma assistência à saúde com qualidade, persistem problemas nesse sistema.

Segundo Oliveira, Collet e Viera (2006, p. 278),

o SUS instituiu uma política pública de saúde que, apesar dos avanços acumulados, hoje, ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outros aspectos [...], resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde.

⁵O documento atualizado da Constituição da República Federativa do Brasil em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 30/11/2019.

Para atenuar essas dificuldades e aperfeiçoar o SUS, o Ministério da Saúde criou em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH)- Humaniza SUS, documento de referência sobre as práticas de humanização na saúde.

A PNH destaca a humanização “como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS” (BRASIL, 2004b, p. 8). Tem como meta "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" (BRASIL, 2015).

De acordo com Pasche e Passos (2008, p. 95),

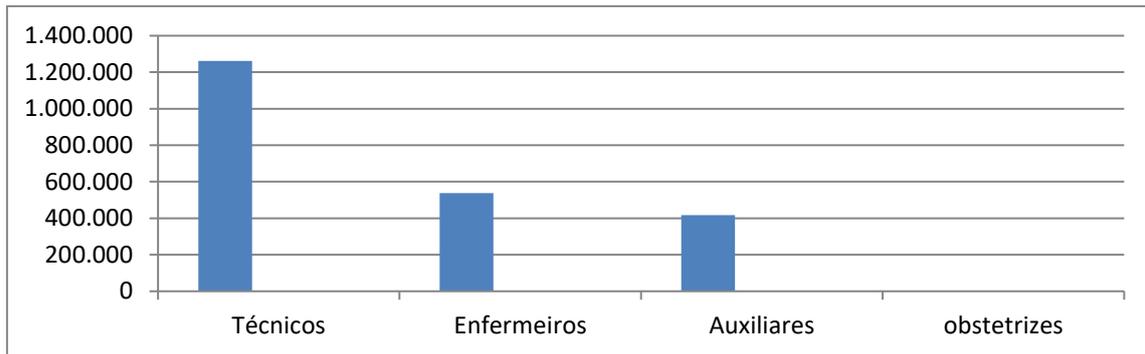
a PNH aposta no reposicionamento dos sujeitos, ou seja, no seu protagonismo, na potência do coletivo, na importância da construção de redes de cuidados compartilhados: uma aposta política. Destaca os “direitos das pessoas” usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia em uma configuração coletiva dos processos de atenção e gestão.

A política de humanização na saúde reconhece as vozes dos indivíduos que usufruem e fazem parte do SUS. A PNH propõe a valorização dos profissionais da saúde e possibilitar condições para que se possa prestar uma assistência de qualidade, fortalecendo os serviços de saúde.

A enfermagem é a área da saúde responsável pelos cuidados e procedimentos necessários para o restabelecimento da saúde. De acordo com os Princípios Fundamentais do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2017), Resolução COFEN n.º 564/2017, “a Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade. O profissional de Enfermagem deve atuar com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exercer suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os “Princípios da Ética e da Bioética”, e participa como integrante da equipe de Enfermagem” (COFEN, 2017).

Conforme pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no ano de 2019, havia no país 2.216.184 profissionais de enfermagem inscritos nos órgãos de fiscalização regionais, os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN). Desse total, 1.261.365 (56,91%) eram técnicos de enfermagem, 537.898 (24,27%) enfermeiros, 416.652 (18,8 %) auxiliares e 269 obstetrias (0,01%) (COREN, 2019). O gráfico 1 demonstra o quantitativo de profissionais.

Gráfico 1- Número de profissionais da enfermagem no Brasil em 2019.



Fonte: Site Coren, elaborado pela autora, 2019.

Os profissionais técnicos constituem a maior parte da categoria; desempenha cuidados ao paciente; fazem um intermédio na equipe de enfermagem. Assim, os técnicos em enfermagem são essenciais para o fortalecimento do sistema de saúde. Suas ações impactam o local trabalho, propiciando um ambiente humanizado ou desumanizado.

De acordo com a Lei n.º 7.498/1986,

Art. 12. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente: participar da programação da assistência de enfermagem; executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro [...]; participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; participar da equipe de saúde (SANTOS *et al.*, 1997, p. 46).

Nessa perspectiva, defendemos a necessidade de implementar a política de humanização nos serviços de saúde e investir na formação dos profissionais de enfermagem. É preciso construir uma cultura de humanização para a melhoria das condições de atendimento em saúde, uma formação que trabalhe o potencial dos profissionais, para que saibam enfrentar dificuldades e propor soluções. Esse papel nos leva a questionar como se dá o processo de humanização na saúde nas instituições de ensino, de formação dos técnicos em enfermagem.

Segundo Fartes (2008, p. 584) a pesquisa científica é uma atividade que proporciona "a autoria e a autoridade do pesquisador para difundir o conhecimento, não como algo imposto e alheio a sua interioridade, mas como decorrência de compromissos motivados pelo desejo da descoberta, da autonomia e do estímulo ao debate".

Na revisão de literatura identificamos os trabalhos de Abreu (2016), Gonzaga (2009) e Spinelli (2014), que focalizaram em suas pesquisas a temática da humanização na saúde em Curso de Enfermagem, nível técnico. Abreu (2016) verificou a existência de temas pertinentes à humanização no PPP do Curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal do Norte de

Minas Gerais (IFNMG) e as estratégias pedagógicas usadas pelos docentes para contemplar a temática humanização. Gonzaga (2009) verificou nos planos de curso, de ensino e no Projeto Político-Pedagógico (PPP) do Curso Técnico em Enfermagem, da Escola Técnica de Saúde do SUS (ESTSUS) de Palmas, a existência de temas pertinentes à humanização e as estratégias pedagógicas utilizadas por docentes e coordenadores para abordarem o tema humanização. Spinelli (2014) investigou o ensino e as concepções dos coordenadores e professores sobre humanização em Cursos Técnicos de Enfermagem do município de Porto Alegre e se a Política Nacional de Humanização era transmitida aos alunos.

Referente aos estudos que tiveram como lócus da pesquisa o Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU, identificamos as pesquisas realizadas na UFU por Falleiros (1997), Stutz (1998, 2009) e Lucas (2018).

Consideramos imperativa a realização de pesquisas acerca da formação, das conquistas e das dificuldades dos técnicos de enfermagem no Brasil, uma vez que constituem o maior contingente de enfermagem e possuem papel relevante na promoção da saúde, sobretudo estudos que valorizam as experiências, trazem novas perspectivas aos profissionais para fortalecer a categoria e aperfeiçoar seus conhecimentos. Nessa perspectiva, propomos uma reflexão sobre a humanização na saúde promovida pelo Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU, instituição criada em 1972, referência para cidade de Uberlândia e região. Questionamos: A humanização tem sido abordada e vivenciada no Curso? O que pensam os docentes e os egressos sobre esse tema? Como o tema é abordado no PPP do Curso?

A humanização na saúde evidenciada na formação do aluno promove o incentivo ao aperfeiçoamento das relações interpessoais, a valorização profissional, ao cuidado prestado ao indivíduo de forma integral e humanizada. Portanto, tem-se como benefício uma formação voltada para a valorização do próximo e de si mesmo e ainda profissionais técnicos em enfermagem responsáveis por realizar um atendimento e cuidado de qualidade para o paciente e sociedade.

Assim, essa pesquisa se justifica pela proposta de repensar e refletir sobre o processo de formação de professores e estudantes do Curso Técnico de Enfermagem, com o objetivo de contribuir para formar profissionais preparados para lidar com os problemas e dificuldades inerentes ao exercício da enfermagem, que aprendam o sentido de trabalho em equipe, do diálogo, a comunicação e reflexão.

A humanização como política e prática educativa potencializa a construção da identidade profissional focalizada no acolhimento adequado ao paciente, na assistência eficiente e humanizada. Acreditamos que os princípios, estratégias e diretrizes da

humanização podem colaborar para a formação inicial e continuada, para modificar o ambiente de trabalho, as relações humanas e o fortalecimento do serviço de saúde.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender os significados de humanização na saúde atribuídos pelos docentes e por egressos do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

1.2.2 Objetivos Específicos

- 1) Sintetizar marcas da trajetória histórica da formação dos profissionais de enfermagem no Brasil.
- 2) Caracterizar a humanização na saúde, a Política Nacional de Humanização e a humanização construída na formação do profissional.
- 3) Analisar os significados de humanização na saúde na ótica de docentes e egressos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU.
- 4) Identificar e analisar a abordagem de humanização na saúde no PPP do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU.
- 5) Apresentar uma proposta de formação sobre humanização na saúde para os docentes do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU.
- 6) Criar um projeto sobre humanização na saúde para os egressos e alunos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU.

1.3 Metodologia

1.3.1 Caminhos metodológicos

A pesquisa situa-se no campo da abordagem qualitativa da pesquisa em educação.

Segundo Minayo (2002, p. 21) a pesquisa qualitativa "trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos".

Realizamos um estudo de caso sobre a humanização na saúde no Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU, observando os significados atribuídos pelos docentes e por egressos, bem como a abordagem no Projeto Político Pedagógico vigente em 2019, do referido curso.

De acordo com Yin (2015, p. 4),

o estudo de caso é usado em muitas situações, para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. [...] Seja qual for o campo de interesse, a necessidade diferenciada da pesquisa de estudo de caso surge do desejo de entender fenômenos sociais complexos.

Utilizamos diversas fontes: bibliografia, documentos, imagens e questionários. Na revisão bibliográfica, identificamos e realizamos a leitura e análise dos materiais bibliográficos, que consistiram em artigos científicos, dissertações e teses, bem como a análise de documentos públicos como Leis e Decretos do exercício profissional da enfermagem e da educação profissional e o Projeto Político Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU.

Segundo Ludke e André (1986, p. 38) “a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”.

Cellard (2008, p. 295) apresenta a importância do uso de documentos nas pesquisas científicas:

por possibilitar realizar alguns tipos de reconstrução, o documento escrito constitui, portanto, uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente.

O levantamento das referências bibliográficas referente à temática foi feito nas bases de dados virtuais que selecionam as produções científicas brasileiras: Scientific Electronic

Library⁶ Online (SIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)⁷ e Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES⁸. Na busca dos resultados foram utilizadas as palavras-chaves: humanização, saúde, enfermagem, ESTES, ensino. Além do uso dos descritores, os seguintes critérios foram empregados para a seleção do material: artigos científicos em português, publicados em periódicos nacionais, disponíveis na íntegra, *online*, dissertações e teses que abordem os descritores.

Empregamos como instrumento principal para coleta de dados um questionário específico para os docentes e outro para os egressos.

Para Laville e Dione (1999, p. 186), ao utilizarmos o questionário, o interrogado "tem a ocasião para exprimir seu pensamento pessoal, traduzi-lo com suas próprias palavras, conforme seu próprio sistema de referência".

Em atendimento à Resolução n.º 196/96⁹ do Conselho Nacional de Saúde, encaminhamos o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade de Uberaba, UNIUBE, aprovado pelo Parecer: 3.430.286, por envolver seres humanos. (ANEXO 1)

1.3.2 Local da pesquisa: O Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU

O Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da UFU foi o local de escolha dessa pesquisa pela relevância social para cidade e região e por ser o ambiente de trabalho da pesquisadora. Está localizado na Universidade Federal de Uberlândia, Campus Umuarama, no Bloco 4k, próximo ao Hospital de Clínicas de Uberlândia.

⁶ Disponível em: <https://scielo.org/>. Acesso em: 30/11/2019.

⁷ Disponível em: <http://brasil.bvs.br/>. Acesso em: 30/11/2019.

⁸ Disponível em: <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>. Acesso em: 30/11/2019.

⁹ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 30/11/2019.

Figura 1- Entrada do Campus Umuarama



Fonte: Página da UFU (2019).¹⁰

O Curso foi criado em 1972, em Uberlândia, Minas Gerais. Inicialmente a instituição se chamava Escola Técnica de Enfermagem Carlos Chagas (ETECC) e funcionava como estabelecimento privado de 2º grau¹¹. O Curso Técnico em Enfermagem iniciou suas atividades em 1973, proporcionando habilitação em Técnico em Enfermagem. Em 1981, tornou-se federal, integrando-se à Universidade Federal de Uberlândia (STUTZ, 2009). No ano de 1985 passou a ofertar também a habilitação em Auxiliar de Enfermagem (ESTES, 2004).

Ao longo dos anos, a instituição ampliou o número de cursos, passou a oferecer em 1984, habilitação em Prótese Dentária, alterando sua denominação de ETECC para Escola Técnica de Segundo Grau da Universidade Federal de Uberlândia. Em 1988 criou o Curso Técnico em Análises Clínicas e Técnico em Saúde Bucal e no ano de 1991, recebeu o nome Escola Técnica de Saúde (ESTES) da Universidade Federal de Uberlândia (STUTZ, 2009).

Além dos Cursos existentes, implantou os Cursos Técnico em Meio Ambiente (2011), Técnico em Controle Ambiental (2012) e o Curso Técnico em Segurança do Trabalho (2019).

A Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia representa, desde sua criação, um importante papel na construção da história da enfermagem no município, uma vez que tem sido responsável durante todo esse período pela formação de profissionais técnicos de nível médio em enfermagem, não só para esta cidade, como também para a região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba (STUTZ, 2009, p. 130).

A ESTES localiza-se no Campus Umuarama - Bloco 6X - Sala Diretoria. Av. Prof. José Inácio de Souza - S/N - Bairro Umuarama Uberlândia - MG - CEP 38400-732.

¹⁰ Disponível em: <http://www.ufu.br/umuarama/apresentacao>. Acesso em: 30/11/2019.

¹¹ De acordo com a LDB de 1996, o ensino de 2º grau passou a ser denominado em Ensino médio. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 30/11/2019.

Figura 2- Escola Técnica de Saúde/ UFU, Bloco 6X, vista lateral.



Fonte: Página da ESTES/UFU (2019).¹²

Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2009, Uberlândia contava com 313 estabelecimentos de saúde, dentre particulares e privados e com 1.027 leitos para internação, sendo 602 leitos em estabelecimentos públicos e 425 leitos privados (IBGE, 2009).

Com a grande quantidade de estabelecimentos de saúde na cidade, é necessário que o curso forme profissionais competentes que desempenhem suas funções com qualidade e humanização.

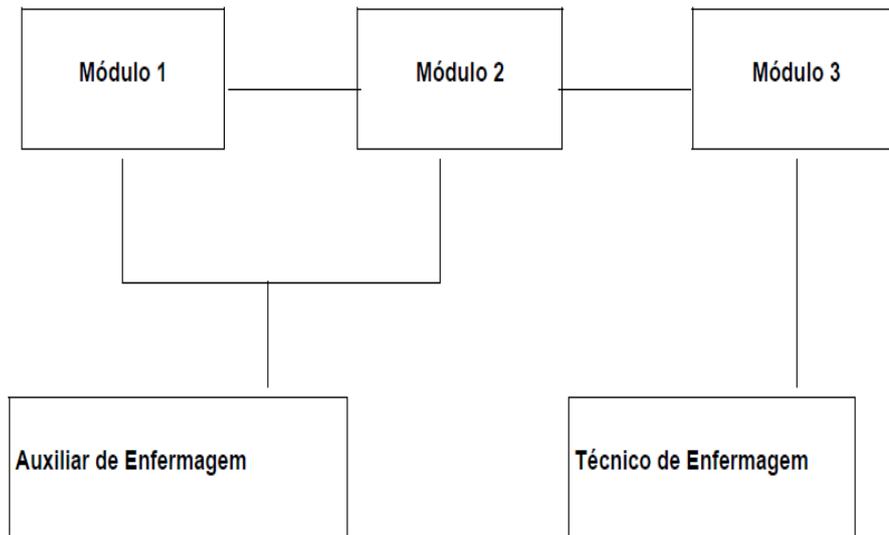
Conforme o Projeto Político Pedagógico vigente em 2019, anualmente são ofertadas 40 vagas para candidatos que tenham concluído o ensino médio. O ingresso ao curso é feito por processo seletivo, com edital específico.

O Curso Técnico em Enfermagem possui 12 docentes da enfermagem que ministram aulas teóricas e práticas, há uma psicóloga que atua nas aulas teóricas e a ESTES/UFU oferece aos seus alunos atendimento pedagógico e de assistente social.

A duração do curso é de 24 meses para formação em Técnico em Enfermagem e 18 meses para qualificação em Auxiliar de Enfermagem, estruturado em três módulos sequenciais e articulados (FIGURA 5).

¹² Disponível em: <http://www.estes.ufu.br/unidades/curso/curso-tecnico-em-enfermagem>. Acesso em: 30/11/2019.

Figura 3- Organização curricular em módulos.



Fonte: Projeto Político Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem, 2004.

Ao final do módulo 1 e 2, o formando receberá a Qualificação em Auxiliar de Enfermagem e concluindo o módulo 3, será expedido o Diploma de Técnico em Enfermagem.

Segundo as normas da Resolução CEB n.º 04/99, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, a carga horária de aulas mínima dos cursos de saúde é de 1.200 horas (BRASIL, 1999). O Curso Técnico em Enfermagem apresenta uma carga horária maior que a exigência legal, num total de 2.000 horas para Habilitação em Técnico em Enfermagem, realizadas durante 4 períodos (FIGURA 6). Desse total, 1.400 horas são teórico-práticas e 600 horas de estágio curricular obrigatório.

As aulas teóricas são distribuídas entre 18 sub-funções (disciplinas) totalizando 830 horas e as aulas práticas divididas em 4 sub-funções, num total de 570 horas. As aulas são ofertadas em período integral, no turno da manhã e da tarde.

Figura4 - Estrutura curricular do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU.

ESTRUTURA CURRICULAR/2006 EM VIGOR						
	CH		FUNÇÃO	CODIGO	SUB-FUNÇÃO	C H
MODULO 1	400	1º PERÍODO	1. EDUCAÇÃO PARA SAÚDE	EST001	1.1 EDUCAÇÃO PARA O AUTO CUIDADO	60
			2. PROTEÇÃO E PREVENÇÃO 1	EST002	2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO	40
				EST003	2.2 PROMOÇÃO DA BIOSSEGURANÇA NAS AÇÕES DE SAÚDE	40
			3. RECUPERAÇÃO/ REABILITAÇÃO 1	EST004	3.1 PRESTAÇÃO DE PRIMEIROS SOCORROS	20
				EST005	4.1 ORGANIZAÇÃO NO PROCESSO TRABALHO EM SAÚDE	30
				EST006	4.2 PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM	20
				EST007	5.1 PREPARAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE EXAMES E TRATAMENTOS TERAPÊUTICOS	70
				EST008	PRÁTICAS INTEGRADAS 1	120
				EST010	ESTÁGIO SUPERVISIONADO	50
			MODULO 2	400	2º PERÍODO	1. PROTEÇÃO E PREVENÇÃO 2
	EST011	1.2 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA 1				40
2. RECUPERAÇÃO/ REABILITAÇÃO 2	EST012	2.2 ASSISTÊNCIA/CLIENTE/PACIENTE EM TRATAMENTO CLÍNICO				70
	EST013	2.2 ASSISTÊNCIA/CLIENTE/PACIENTE EM TRATAMENTO CIRÚRGICO 1				50
	EST014	PRÁTICAS INTEGRADAS 2				180
	EST015	ESTÁGIO SUPERVISIONADO		150		
400	3º PERÍODO	1. PROTEÇÃO E PREVENÇÃO 3		EST016	1.1 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA 2	40
		2. RECUPERAÇÃO/ REABILITAÇÃO 3		EST017	2.1 ASSISTÊNCIA/CLIENTE/PACIENTE EM TRATAMENTO CIRÚRGICO 2	40
				EST018	2.2 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	60
				EST019	2.3 ASSISTÊNCIA CLIENTE/PACIENTE EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	40
			EST020	2.4 ASSISTÊNCIA À CRIANÇA, AO ADOLESCENTE/JOVEM E A MULHER	70	
			EST021	PRÁTICAS INTEGRADAS 3	150	
			EST022	ESTÁGIO SUPERVISIONADO	200	
MODULO 3	200	4º PERÍODO	1. RECUPERAÇÃO/ REABILITAÇÃO 4	EST023	2.1 ASSISTÊNCIA A PACIENTES EM ESTADO GRAVE (ADULTO, CRIANÇA E ADOLESCENTE)	40
				EST024	2.1 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM	40
			2. GESTÃO 2	EST024	PRÁTICAS INTEGRADAS 4	120
				EST071	ESTÁGIO SUPERVISIONADO	200
TOTAL DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO						600
TOTAL GERAL						2000

Fonte: Página da ESTES/UFU (2020). <http://www.estes.ufu.br/cursos-tecnicos/tecnico-em-enfermagem/grade-curricular>.

As aulas teóricas acontecem nas salas do Bloco 4K, Campus Umuarama e as atividades práticas iniciais são feitas no Laboratório de Enfermagem do próprio curso, no referido Bloco.

Durante as aulas teóricas os docentes promovem a construção de saberes necessários para a formação do aluno. É um momento em que o docente apresenta os conhecimentos aos alunos e busca possibilitar o seu entendimento.

Na sala de aula o docente deve buscar despertar a curiosidade do aluno, realizar momentos de reflexão, de diálogo. “O professor deve estimular a pergunta, a reflexão crítica sobre a própria pergunta, o que se pretende com esta ou aquela pergunta em lugar da passividade” (FREIRE, 1996, p. 33).

Outro momento de ensino e aprendizagem realizado no curso são as aulas práticas feitas no Laboratório de Enfermagem. É um ambiente destinado à execução de técnicas

básicas de enfermagem. Ele permite ao estudante desempenhar as atividades, supervisionadas pelos docentes, nos manequins, equipamentos, utensílios e instrumentais apropriados existentes, simulando a realidade clínica.

Como docente, entendo que durante as aulas no laboratório, o estudante pode treinar, repetir, errar e, sobretudo, corrigir os erros, facilitando a compreensão das técnicas estudadas.

Segundo Friedlander (1984), o treinamento no laboratório de atividades técnicas, antes do contato com o paciente, reduz a ansiedade do aluno, diminui os erros de procedimentos e risco ao paciente, sendo uma estratégia eficaz para a aprendizagem das habilidades psicomotoras.

Após o período de aula no Laboratório de Enfermagem, as aulas práticas e estágios curriculares acontecem nos diversos setores do Hospital de Clínicas da UFU, em unidades de saúde pública e instituições particulares conveniadas (ESTES, 2004).

As aulas práticas são realizadas com supervisão do professor e “consistem em toda instrução dada a estudantes de enfermagem durante o período de prática, nas instituições de saúde (CHAVES *et al*, 1981, p. 135). É o momento em que os alunos terão o primeiro contato com o paciente e realizarão tudo que foi aprendido em laboratório.

“A situação de abordar os primeiros clientes, já por si só, é responsável por criar muita ansiedade no aluno; se aliada à insegurança criada pela inabilidade, o nível dessa ansiedade toma proporções assustadoras” (FRIEDLANDER, 1984, p. 151). Portanto, o docente é responsável por orientar, direcionar e transmitir confiança ao aluno durante a supervisão das técnicas, para que o contato com o paciente e as situações de assistência à saúde não sejam uma experiência traumática.

No estágio curricular obrigatório, os alunos são divididos em grupos e destinados ao setor de saúde selecionado pelo coordenador de estágio. Eles serão supervisionados por profissional habilitado e permanecerão no setor designado até cumprir a carga horária exigida, possibilitando melhor vivência da rotina de assistência e gestão à saúde e maior contato com os profissionais, funcionários, pacientes e familiares.

O Estágio Curricular deve ser contemplado como um procedimento didático que conduz o aluno a situar, observar e aplicar criteriosamente e reflexivamente, princípios e referenciais teórico- práticos assimilados através do curso, numa visão multidisciplinar, sem perder de vista a realidade na qual encontra-se inserido (ANDRADE; ARAÚJO; LINS, 1989, p. 27).

O Curso Técnico em Enfermagem apresenta uma carga horária e infraestrutura ideais para a habilitação de técnicos em enfermagem. É um curso, que possibilita ao aluno

oportunidades de construção do conhecimento científico, habilidades técnicas, interação social, humanização.

1.3.3 Participantes

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os docentes que atuaram no Curso Técnico em algum momento entre os anos de 2007 a 2017 e egressos que formaram em cada um dos anos do período citado.

Como critério de inclusão, os docentes deveriam fazer parte do quadro efetivo do Curso Técnico Enfermagem da ESTES/UFU, em qualquer período compreendido entre 2007 a 2017. Foram excluídos da pesquisa os docentes que não atuaram no Curso Técnico em Enfermagem no período determinado, professores substitutos, aposentados e a pesquisadora.

Esse recorte cronológico foi escolhido porque em 2003 foi lançado pelo Ministério da Saúde, o documento de referência sobre a humanização da assistência e gestão da saúde: Política Nacional de Humanização (PNH) - Humaniza SUS. Os primeiros anos, após a criação da política, foram voltados para a divulgação e implantação dos projetos de humanização nos setores de saúde. A partir de 2007, registram-se ações e experiências com essa política e houve tempo para que ela se tornasse conhecida pelos meios acadêmicos, instituições de ensino e saúde e pela população. Portanto, esse período possibilitou o levantamento na literatura científica nacional de materiais relevantes sobre o assunto.

1.3.4 A construção e análise dos dados

O instrumento utilizado para coleta de informações foi um questionário semi estruturado, específico para os docentes (APÊNDICE A) e para os egressos (APÊNDICE B), contemplando questões abertas sobre a humanização na saúde no Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU, com o objetivo de compreender a concepção de humanização pelos docentes e egressos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU.

O questionário foi aplicado aos participantes entre os meses de julho a novembro de 2019.

A pesquisadora, nos meses de julho a setembro, entrou em contato com os docentes, pessoalmente, por ligação telefônica ou *Whatsapp*¹³ e fez o convite para participarem da pesquisa. Após o aceite dos docentes, conforme sua disponibilidade, foi agendado local, data e horário para aplicação dos questionários.

Em 2019 havia 12 docentes efetivos, dos quais 10 corresponderam ao critério de inclusão e 2 docentes foram excluídos: um docente foi admitido na instituição após o período exigido e o outro era a pesquisadora. Os 10 docentes aceitaram participar e responderam ao questionário.

Referente aos egressos, em agosto de 2019 foi realizado um sorteio com os nomes dos ex-alunos, formados entre 2007 e 2017, que constavam nos diários do Curso Técnico em Enfermagem. Foi impressa as listas dos egressos, recortados os papéis com os nomes e colocados em caixas numeradas com ano de formação dos ex-alunos, de 2007, 2008, 2009, sucessivamente até 2017. De cada caixa foram sorteados 2 nomes de egressos, contemplando 20 nomes.

Durante os meses de agosto a novembro foi feito o convite aos egressos sorteados, pessoalmente, por *Whatsapp* ou meio eletrônico (*Facebook*)¹⁴, marcado data, horário e local para aplicação do questionário. Todos os egressos aceitaram participar da pesquisa. Um aluno respondeu o questionário por *e-mail*¹⁵.

Alguns docentes e egressos responderam ao questionário no momento em que foi feito o contato pessoal, não sendo necessário marcar data posterior.

Foi entregue a ambos participantes, docentes e egressos, o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), assinado pelo pesquisador e orientadora da pesquisa. Foi realizada uma explicação sobre o sigilo das informações que serão utilizadas apenas com fins científicos, sem a identificação dos participantes e explanado que não haveria nenhum tipo de prejuízo, risco ou constrangimento para os participantes.

A amostra dos egressos foi suficiente para compreender os significados que os ex-alunos construíram sobre a humanização na saúde, não sendo escolhido um critério quantitativo, mas, qualitativo, em concordância ao que Minayo (1999, p.21), descreve:

¹³ *Whatsapp* é um software para smartphones utilizado para troca de mensagens de texto instantaneamente, além de vídeos, fotos e áudios através de uma conexão a internet. Disponível em: <https://www.significados.com.br/whatsapp/>. Acesso em: 26 mar. 2020.

¹⁴ *Facebook* é uma rede social que permite conversar com amigos e compartilhar mensagens, links, vídeos e fotografias. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/1486/como-funciona-o-facebook>. Acesso em: 26 mar. 2020.

¹⁵ *E-mail* é um sistema de comunicação baseado no envio e recebimento de mensagens eletrônicas através de computadores pela Internet. Disponível em: <https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/informatica/email.htm>. Acesso em: 26 mar. 2020.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. [...] ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para resguardar a identidade dos colaboradores, os docentes foram identificados pelas letras D, acompanhada por números arábicos, de 1 até 10, (exemplo: D1) e os egressos foram identificados pela letra E por números arábicos, de 1 até 20 (exemplo: E1).

Bardin (1977, p. 95), propõe que seja realizada a “pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”.

Após a coleta dos dados, foi feita a leitura das respostas dos questionários. Foram analisados os significados, práticas e importância da humanização na saúde descritos pelos participantes. Dessa leitura e análise, verificamos que surgiram palavras repetidas e frases com sentidos similares descritos pelos sujeitos da pesquisa, em seguida identificamos e organizamos os temas comuns encontrados, originando quatro categorias referentes a Humanização na concepção de docentes e egressos: Atitudes Humanas, Empatia, Acolhimento, Valorização dos pacientes.

Além dos questionários, foi analisada a abordagem da humanização na saúde no Projeto Político Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem, classificada como Humanização no Projeto Político Pedagógico.

Como produtos, com base nos resultados da pesquisa, foram formuladas duas propostas de intervenção: um minicurso, proposta de formação sobre humanização na saúde para os docentes e um projeto de extensão sobre humanização na saúde para os egressos, alunos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU.

1.3.5 Organização das sessões

O texto da dissertação foi estruturado em Memorial, Introdução, três sessões, considerações finais e propostas de intervenção pedagógica.

O Memorial - A Pesquisadora e suas memórias, descrevemos a narrativa pessoal da história profissional da pesquisadora e a busca por uma docência com práticas humanizadas.

Na Introdução apresentamos o tema, problema, as justificativas, o objetivo geral e específicos e os caminhos metodológicos da pesquisa.

Na primeira Sessão, apresentamos um breve histórico sobre a formação do técnico em enfermagem, abordando o cenário de saúde no Brasil, as legislações pertinentes ao exercício

de enfermagem, em particular do técnico em enfermagem e o contexto da educação profissional.

Na Sessão seguinte, abordamos o tema humanização na saúde, os conceitos, princípios e as políticas públicas do Estado Brasileiro que focalizaram a humanização, com ênfase na Política Nacional de Humanização- Humaniza SUS, documento de referência que trouxe a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS e descrevemos a relevância da humanização na formação profissional.

Na terceira Sessão, demonstramos os resultados obtidos e a discussão dos dados encontrados sobre a humanização na saúde no Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU, lócus da investigação.

Nas considerações finais realizamos uma síntese sobre os resultados da pesquisa científica e reflexões a respeito da humanização na saúde no processo de formação dos docentes e discentes do Curso Técnico em Enfermagem da UFU.

Após as considerações finais, descrevemos as propostas de intervenção pedagógica, um minicurso abordando e discutido a PNH com os docentes e um projeto de extensão sobre a política de humanização destinado aos egressos e alunos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU

2 A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: uma revisão histórica

Compreendendo o cenário da saúde, as legislações referentes ao exercício profissional de enfermagem, a criação e consolidação da educação profissional no contexto do sistema econômico capitalista do país, analisamos algumas marcas da trajetória histórica da profissão.

O período histórico que antecede a criação da profissão no Brasil até o momento de formalização do exercício profissional, nos permite compreender melhor a formação e atuação.

Ao investigar a formação e atuação do técnico em enfermagem concordamos com Reis (2016, p.7) ao afirmar que "não podemos analisá-lo desconectado do real". Nessa lógica, será feita uma breve revisão de aspectos relevantes na formação e construção da identidade desse profissional.

2.1 O contexto da saúde e o exercício da enfermagem no Brasil

No final do Século XIX e início do Século XX, não havia um sistema de saúde formado, a organização dos serviços no país era desordenada. O poder público investia em ações pontuais de saúde para resolver o surto de doenças na população (PAIM, 2009).

Com os avanços das pesquisas na área da medicina e biologia compreenderam-se os mecanismos bacteriológicos. A partir da teoria bacteriológica, novos conhecimentos desembocaram, na década de 1910, na formação de um movimento em saúde pública que ficou conhecido como “médico-sanitário” (MERH; QUEIROZ, 1993, p. 178), possibilitando condutas mais efetivas de combate aos problemas de saúde coletivos.

Segundo Merhy e Queiroz (1993, p. 178),

tanto a saúde como a doença passaram a ser vistas como um processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico (fisiologicamente harmônico) sofria de um meio social/natural insalubre. A descoberta e o isolamento dos indivíduos doentes contagiantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios consistiam nos principais objetivos desta perspectiva.

Esse movimento era baseado em ações “campanhistas”, como programas de vacinação e medidas sanitárias realizadas nas cidades, nas zonas rurais, portos e indústrias (PAIM, 2009).

O quadro sanitário apresentava situações que precisavam ser contidas. [...] Apesar de todos os esforços, o interesse pelo combate às doenças, muito mais que uma preocupação com as condições de vida da população, estava relacionado às incertezas com os prejuízos econômicos decorrentes do progressivo abandono dos portos brasileiros pelos navios cargueiros que desviavam seus carregamentos para portos menos "perigosos" (SILVA, 1996, p. 13).

Nessa perspectiva, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, em uma sociedade em que a economia se modificava, iniciavam-se os processos de urbanização e a ampliação do mercado capitalista, o governo se encarregou de resolver os problemas de saúde que causavam desestruturação econômica, intensificando as campanhas sanitaristas no país.

As campanhas eram "carregadas de ações coercitivas, concentradas na tentativa de erradicação dos agentes, ou vetores, causadores das moléstias" (SILVA, 1996, p. 11). Não se fazia o processo de educação sanitária, simplesmente era imposto à sociedade condutas de higiene e programas de profilaxia, o que deixava as pessoas céticas e inseguras. Caso exemplar foi o ocorrido no Rio de Janeiro, conhecido na história como a Revolta da Vacina¹⁶.

Segundo Porto (2003, p.53)

Em 1904, a cidade foi assolada por uma epidemia de varíola. Oswaldo Cruz mandou ao Congresso uma lei que reiterava a obrigatoriedade da vacinação, já instituída em 1837, mas que nunca tinha sido cumprida. [...] Com a imposição da vacinação obrigatória, as brigadas sanitárias entravam nas casas e vacinavam as pessoas à força. Isso causou uma repulsa pela maneira como foi feita. A maioria da população ainda desconhecia e temia os efeitos que a injeção de líquidos desconhecidos poderia causar no corpo das pessoas. [...] A indignação levou ao motim popular, que explodiu em 11 de novembro de 1904, conhecido como a "Revolta da Vacina".

Com o crescente deslocamento da população rural para as cidades, conforme descreve Reis (2016, p.27), houve um

agravamento de um ambiente insalubre e precário de higiene[...] isso porque grande parte da população tinha que se defrontar tanto com a escassa oportunidade de trabalho quanto com as más condições de habitação e alimentação.

A administração pública procurava atender as demandas de mão de obra, entretanto, ofereciam "condições sanitárias mínimas para o desenvolvimento da massa trabalhadora" (SILVA, 1996, p. 14).

No decorrer do século XX houve ações no intuito de melhorar as condições da saúde pública. As principais conquistas foram a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) nos anos 1920 e, na década seguinte, o Ministério da Educação e Saúde. Após os anos 1930, com a ascensão de Getúlio Vargas no poder central, sucedeu uma

¹⁶Sobre isto ver: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina>. Acesso em: 25/11/2019.

estruturação da saúde no país. Houve a intensificação dos serviços de saúde pública, com novas estruturas de atendimento, organização de departamentos e secretarias para tornar a saúde coletiva mais eficaz e ampla. “No final da década de 1930, houve a Reforma Federal de 1937, que permitiu a criação dos departamentos nacionais de combate a problemas específicos, como a malária, a febre amarela e a saúde das crianças” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 179). Em 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e, em 1953, o Ministério da Saúde (MERHY; QUEIROZ, 1993, PAIM, 2009, SILVA, 1996).

Com a consolidação do processo de industrialização em nosso país, a tecnologia hospitalar e a indústria farmacêutica ocupam lugar de destaque, privilegiando a Medicina curativa que passa a ser o paradigma de um sistema de saúde que tem como principal centro de referência o hospital (GEOVANINI, 2002, p. 37).

Relembramos que,

desde o final dos anos 1940 já era evidente uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60, a dicotomia assistência médica- saúde pública radicaliza-se no interior de um modelo institucional que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 179).

Referente aos recursos destinados aos serviços de saúde pública, esses eram reduzidos, conforme descreve Paim (2009, p. 33):

esse modelo médico- assistencial apresentou grande crescimento na década de 1970, contrastando com a deterioração das condições de saúde da população e com a contenção das ações de saúde pública. O orçamento do Ministério da Saúde antes de 1975 não alcançava nem 1% dos recursos públicos da área federal.

Assim, a saúde pública no Brasil não foi prioridade para o Estado, ao longo do século XX. Com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, na década de 1920 (GEOVANINI, 2002, PAIM, 2009), depois transformado no Instituto Nacional da Previdência Social¹⁷, a assistência à saúde predominante era a prática médico hospitalar. O serviço era disponibilizado para os trabalhadores que contribuía com o sistema previdenciário, ou para os indivíduos que conseguissem pagar pelo tratamento particular. E, para a maioria da sociedade, configurada em uma população pobre, o atendimento à saúde era ofertado pelas instituições filantrópicas (PAIM, 2009).

A saúde médico hospitalar era compreendida como uma assistência baseada na medicina curativa, individualizada e especializada. A atenção ao paciente tinha o foco em procedimentos e conhecimentos médicos. Schoeller (2002, p.149) refere que o modelo teórico da medicina "era pautado na anatomia patológica, que situa a doença no corpo dos indivíduos

¹⁷Sobre o assunto ver site: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>. Acesso em: 01/12/2019

[...] "e o médico como o profissional mais habilitado a intervir". Nessa concepção, "o médico toma para si a gerência do ato assistencial em saúde, delegando funções aos outros trabalhadores de saúde" (MONTICELLI, 2000, p. 49).

Malta e Merhy, (2010, p. 593) descrevem que nesse modelo

a assistência à saúde é centrada no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas nos determinantes sociais ambientais e relacionadas às subjetivações, singularizantes, valorizando apenas as dimensões biológicas.

A atenção ao paciente era em torno de intervenções restritas a resolver o problema de saúde apresentado, com finalidade de cura da patologia, desconsiderando as demais necessidades de saúde do paciente (MERHY, 2004). O autor critica o caráter hegemônico constituído nesse perfil de atenção, pois

subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que, nesse modelo assistencial, a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde é subjugada a essa lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido (MERHY, 2004, p.117).

Essa era uma visão difundida nos cursos de Medicina, que acabavam produzindo uma desqualificação dos demais profissionais, pois se exaltava a categoria dos médicos e a figura do paciente era tratada como um objeto, uma vez que a prioridade era a análise dos problemas biológicos, buscando a cura.

Isso denota que "a formação da camada intelectual ou dos trabalhadores da Medicina ocorre seguindo a concepção de mundo das classes hegemônicas [...]. Reproduz internamente as relações de domínio e coerção" (SCHOELLER, 2002, p. 154). A medicina no século XX, era uma profissão reconhecida e valorizada no Brasil. "A partir do início do século XIX, novos cursos foram sendo criados e assim reservado o direito de conceber ao estudante o título de médico" (GERMANO, 1993, p. 26). Os médicos, responsáveis pelo diagnóstico e tratamento da doença, realizavam exames, cirurgias e outros procedimentos especializados, eram os detentores do conhecimento científico. Trentini, Paim e Vásquez (2011) argumentam que o conhecimento científico é uma forma de poder, nesse sentido, dava a impressão que as demais profissões funcionavam sob o controle médico.

A enfermagem realizava suas práticas de assistência aos enfermos nas Santas Casas de Misericórdia, criadas no Brasil, no século XVI. Segundo Germano (1993, p. 23),

A enfermagem aí exercida tinha um cunho essencialmente prático, daí por que eram excessivamente simplificados os requisitos para o exercício das funções do enfermeiro; por outro lado, não havia exigência de qualquer nível de escolarização para aqueles que a exerciam. Contando com voluntários e escravos para o cuidado aos doentes, os religiosos também prestavam assistência e faziam supervisão das

atividades de enfermagem. Essa situação perdurou desde a colonização até o início do século XX, ou seja, uma enfermagem exercida em bases puramente empíricas.

A enfermagem formal no país inicia-se com o Decreto n.º 791, de 27 de setembro de 1890, sancionado pelo Marechal Deodoro da Fonseca, que instituiu a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Hospício Nacional de Alienados (BRASIL, 1890). Segundo Reis (2016, p. 29), a formação da enfermagem era

organizada e dirigida por médicos, as regras que determinavam a profissionalização e exercício da enfermagem pautaram-se no modelo francês de atendimento aos doentes e de educação das docentes. Por esse modelo, privilegiavam-se os estudos clínicos fortemente vinculados às práticas médicas, pautados nas novas noções de assepsias e de higiene no trabalho hospitalar.

A enfermagem era responsável pelos cuidados ministrados ao paciente, considerados mais manuais. Conforme analisa Reis (2016, p. 37), "o trabalho de natureza intelectual sempre ficou sob a responsabilidade da classe médica. À enfermagem se destinava as técnicas, a repetição, a observação, entre outras ações mecânicas desprovidas de reflexão ou tomada de decisão".

No tradicional modelo de assistência à saúde, a enfermagem era vista em uma posição subordinada à medicina, isto porque muitas enfermeiras ainda mostravam a necessidade de seguir as ordens médicas para iniciar qualquer tipo de cuidado ao usuário (TRENTINI; PAIM; VÁSQUEZ, 2011, p. 96).

Essa forma como eram tratados os alunos e profissionais de enfermagem forjou um perfil de profissional passivo e sem autonomia, criando um estigma de inferioridade e submissão. Nessa lógica, a enfermagem se desenvolve em uma concepção de saúde que privilegiava a assistência médica, ações curativas e individualistas, além disso, ressalta-se o marcante elemento de sua formação profissional ter sido iniciada sob o domínio da medicina, que promovia uma visão de superioridade médica, desvalorizando os profissionais da área.

2.2 Enfermagem Moderna, a divisão de categorias e a criação do Curso Técnico em Enfermagem

A Enfermagem moderna teve sua formação desvinculada da Medicina em 1923, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, depois

denominada Escola Anna Nery¹⁸, no Rio de Janeiro, organizada e gerenciada por enfermeiras norte-americanas (GERMANO, 1993, MONTICELLI, 2000).

Figura 5 - Anna Justina Ferreira Nery.



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ana_N%C3%A9ri.

As profissionais recém-formadas foram absorvidas pelo mercado de trabalho atuando inicialmente no campo da assistência à saúde pública e na educação, contribuindo com a formação de novos profissionais. Algumas dessas enfermeiras se organizaram e formaram uma associação para apoiar e fortalecer a categoria. Fundaram então, em 1926, a Associação Brasileira de Enfermagem¹⁹(ABEn) (CARVALHO, 1986).

De acordo com Lombardi e Campos (2018, p. 29) "era uma área de trabalho tradicionalmente feminina, em que o cuidar é visto mais como uma “vocação” do que uma profissão, estando associada a uma pressuposta essência feminina”.

A ideologia da enfermagem, desde sua origem [...] significa: abnegação, obediência, dedicação. Isso marcou profundamente a profissão de enfermagem- o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente. Alguém que não exerça a crítica social, porém, console e socorra a sociedade" (GERMANO, 1993, p. 25).

Essa característica de obediência e servidão ocasionava desvalorização profissional, baixa remuneração, falta de autonomia, causando descontentamento da categoria. Nesse sentido, para que a profissão fosse reconhecida era primordial um ensino sistematizado, de qualidade, que possibilitasse o desenvolvimento de habilidades práticas e intelectuais necessárias para a realização da assistência e gestão à saúde.

¹⁸ “Ana Néri (1814-1880) foi a pioneira da enfermagem no Brasil, prestou serviços voluntários, nos hospitais militares de Assunção, Corrientes e Humaitá, durante a Guerra do Paraguai. Ana Justina Ferreira Néri nasceu em Vila de Cachoeira do Paraguaçu, Bahia, no dia 13 de dezembro de 1814”. Disponível em https://www.ebiografia.com/ana_neri/. Acesso em: 26/11/2019.

¹⁹A ABEn é uma associação de caráter cultural, científico e político, com personalidade jurídica própria, de direito privado. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/site/historia/> Acesso em: 26/11/2019.

A preocupação com os problemas educacionais e com a regulamentação da prática profissional constituiu sempre uma constante para as enfermeiras que dirigiam os serviços de enfermagem e a Escola Ana Nery, mesmo antes da criação da ABEn (CARVALHO, 1986, p. 8).

A Escola Anna Nery primava pela educação de qualidade e foi considerada modelo de escola oficial, conforme Decreto n.º 20.109/31. As demais escolas de enfermagem deveriam ser equiparadas a ela, nas condições desse decreto. Porém, formavam-se poucas enfermeiras. Em uma sociedade constituída por uma população pobre, de baixa renda e escolaridade, com dificuldade de inserção no ensino superior, foi criada uma nova categoria que formasse mais rapidamente mão de obra para a demanda da saúde que constantemente se desenvolvia (GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007). Dentro desse cenário as escolas de enfermagem iniciaram o Curso de Auxiliar de Enfermagem.

As disposições sobre o ensino para as duas categorias de enfermagem, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, foram estabelecidas pela Lei n.º 775/1949. Ela trazia a organização e funcionamento dos cursos. Para o enfermeiro o curso teria a duração de trinta e seis meses e para o auxiliar dezoito meses (BRASIL, 1949).

Nesse novo contexto de enfermagem, cabiam funções distintas entre os profissionais, emergindo a divisão de trabalho e a hierarquização dentro da categoria. Sobre as atividades de enfermagem Monticelli (2000, p. 49) descreve que "enquanto a enfermeira coube o controle do processo de trabalho, os instrumentos, os saberes e as técnicas de administração, aos outros elementos da equipe de enfermagem coube a realização do cuidado propriamente dito."

No tocante das atribuições, ficou clara a responsabilidade de cada profissional, para a enfermeira as ações de gerência e práticas mais complexas de saúde e para os auxiliares de enfermagem tarefas mais manuais de assistência à saúde do paciente. A respeito da hierarquização, as enfermeiras assumiam o patamar de supervisão e os auxiliares de subordinação. Segundo Santos (2002, p. 567) o Curso de Auxiliar seria para "alunos "mais fracos" [...] sendo legitimada a desigualdade social entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem". Na enfermagem, além do enfermeiro e auxiliar de enfermagem, havia outros profissionais ainda não regulamentados na categoria.

Em 1955 foi sancionada a Lei n.º 2.604/55 que estabeleceu quem poderia exercer a enfermagem no país. Constava o exercício da enfermagem o enfermeiro, a obstetritz, auxiliar de enfermagem, parteiras, enfermeiros práticos ou práticos de enfermagem e as parteiras práticas, desde que estivessem em conformidade com o artigo 7º "Só poderão exercer a enfermagem, em qualquer parte do território nacional, os profissionais cujos títulos tenham sido registrados ou inscritos no Departamento Nacional de Saúde ou na repartição sanitária

correspondente nos Estados e Territórios" (SANTOS *et al*, 1997, p. 30). Posteriormente em 1961, o Decreto n.º 50.387 acrescentou atribuições relativas aos profissionais de enfermagem (SANTOS *et al*, 1997).

Mesmo com vários profissionais da área da enfermagem inseridos nos serviços de saúde, o número de trabalhadores ainda não contemplava as diversas instituições de saúde que estavam sendo criadas a todo momento.

Com o declínio dos serviços de saúde pública e o avanço da assistência hospitalar, a enfermagem, que era eminentemente de saúde pública, passa agora a ocupar a rede hospitalar, majoritariamente privada, empresarial e lucrativa, atendendo aos interesses capitalistas. Nesse novo enfoque; há necessidade de maior número de profissionais com preparo específico para o exercício da enfermagem (CAPELLA *et al*, 1988, p. 164).

O Brasil passava por uma forte transformação social e econômica. Com o crescimento da urbanização e industrialização, era preciso a formação de mais profissionais para prestar assistência à saúde da população. O sistema capitalista tinha o interesse em formar uma mão de obra mais barata para as instituições, "atendendo às necessidades dos donos dos hospitais em gastar menos com a remuneração do trabalho" (MONTICELLI, 2000, p. 50). Nesse sentido, o governo realizou uma política de incentivo à expansão de escolas técnicas para atender todas as áreas do mercado de trabalho.

Com a promulgação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei n.º 4024/ 61²⁰, o ensino no país foi dividido em nível primário, médio, superior e o ensino técnico como uma opção de nível médio (BRASIL, 1961). Dessa forma, o campo da saúde passou a investir na educação profissional. Porém, a criação de mais uma categoria de enfermagem foi vista com receio. As enfermeiras temiam que as mulheres dessem preferência para o ingresso em curso de nível médio, com uma duração menor, ao invés de tentar o curso de enfermagem superior (GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

De acordo com Carvalho (1974, p. 94),

as discussões na ABEn sobre a conveniência ou não de mais uma categoria profissional na enfermagem, aparentemente sem funções a desempenhar na equipe de enfermagem, duraram de 1957 a 1968 e as opiniões sempre divergiram.

Analisando os documentos dos Congressos de Enfermagem realizados entre 1955, a 1968, Carvalho (1974) verificou-se que existiram recomendações favoráveis e contra a organização de Cursos Técnicos de Enfermagem. Mas, a pressão exercida pela sociedade para aumentar o contingente de profissionais era muito grande e não era interessante para a

²⁰ Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4024-20-dezembro-1961-353722-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 02/12/2019.

categoria de enfermagem que aumentassem o número de trabalhadores informais, sem qualificação (GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

A criação dos cursos técnicos de enfermagem (1966) previstos em virtude da Lei nº 4024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, não foi propriamente iniciativa da ABEn que, no entanto, passou a trabalhar para que esses cursos se fizessem no sistema de ensino de enfermagem (CARVALHO, 1986, p. 10).

Dessa forma, o ensino para a formação do técnico de enfermagem começou a ser difundido no país, mesmo sem regulamentação.

Outra luta da ABEn, foi pela criação de um Conselho de Enfermagem, para fiscalizar o exercício de enfermagem, para fortalecimento da categoria (OGUISSO, 2001). Em 1973, com a Lei n.º 5.905, foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, "órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem" (SANTOS *et al*, 1997, p. 40).

Mesmo não estando, na época, ainda regulamentadas as funções dos técnicos de enfermagem, o COFEN, fundamentando-se na legislação do ensino, criou três quadros distintos para fins de inscrição: Quadro I, de enfermeiros e obstetristas; Quadro II, de técnicos de enfermagem; e, Quadro III de auxiliares de enfermagem, práticos de enfermagem e parteiras práticas (OGUISSO, 2001, p. 200).

Apenas em 1986, com a Lei n.º 7.498, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, houve a regulamentação do exercício profissional do técnico em enfermagem. Faziam parte da enfermagem, segundo o Decreto, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira e as responsabilidades da assistência foram divididas para cada membro da equipe, de acordo com a complexidade das atividades.

O portal do COREN-MT descreveu, resumidamente, as atividades, de acordo com o Decreto n.º 94.406/87:

Às três categorias incumbe integrar a equipe de saúde e a promover a educação em saúde, sendo que a gestão (atividades como planejamento da programação de saúde, elaboração de planos assistenciais, participação de projetos arquitetônicos, em programas de assistência integral, em programas de treinamento, em desenvolvimento de tecnologias apropriadas, na contratação do pessoal de enfermagem), a prestação de assistência ao parto e a prevenção (de infecção hospitalar, de danos ao paciente, de acidentes no trabalho) são de responsabilidade do enfermeiro. Dessas atividades, cabe ao técnico de enfermagem assistir o enfermeiro no planejamento das atividades de assistência, no cuidado ao paciente em estado grave, na prevenção e na execução de programas de assistência integral à saúde e participando de programas de higiene e segurança do trabalho, além, obviamente, de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro. Além de integrar a equipe de saúde e educar, cabe ao auxiliar preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; executar tratamentos prescritos; prestar cuidados de higiene, alimentação e conforto ao paciente e zelar por sua segurança; além de zelar pela limpeza em geral (COREN, 2013).

O técnico atua sob supervisão do enfermeiro e faz uma mediação entre os profissionais da categoria. Deve estabelecer conexão entre a equipe, facilitar o relacionamento interpessoal

e fazer fluir os processos de assistência à saúde. É preciso que a equipe trabalhe em sintonia para que a atenção ocorra de maneira plena. A qualidade das relações depende da postura que os sujeitos expressam, favorecendo ou dificultando o trabalho em equipe.

As relações de trabalho, percebidas como relações de poder e não somente como relações de produção, produzem e constroem, põe em prática uma anatomia política: a disciplina. A disciplina, como uma mecânica do poder, constitui-se em práticas que tem como objeto a dominação do trabalhador: seu esquadramento, desarticulação e recomposição. Processa-se um trabalho sobre o corpo e a alma do trabalhador para que ele não apenas realize e execute o que se quer, mas que o faça como se quer, conforme as normas, as técnicas e as determinações emanadas da organização do trabalho (FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001, p. 94).

Esse tipo de conduta inibe os demais profissionais, pode causar desconforto e distanciamento entre os membros da equipe, e afetar o ambiente de trabalho e o potencial produtivo das pessoas. Assim, a categoria de enfermagem se desvanece, se estranha.

Nessa trajetória, observamos que a criação do profissional técnico foi complexa, uma vez que esse sujeito foi "concebido" para resolver a carência de profissionais da área da enfermagem, em um cenário em que havia conflitos entre as enfermeiras, sobre a criação dessa nova categoria. Referente às leis acerca da criação, funcionamento e o exercício profissional, essas foram tardias, dificultando a criação de um padrão de qualidade na formação desses profissionais. Outro aspecto notado foi a questão da desvalorização deste profissional dentro da própria categoria, que ainda ocorre atualmente. O técnico de enfermagem é um profissional essencial na equipe de enfermagem e merece reconhecimento e valorização.

2.3 Um breve histórico da Educação Profissional no Brasil

No Brasil, a nova modalidade de educação para a formação de profissional técnico, se concretizou com a criação de quatro escolas técnicas no Estado do Rio de Janeiro, por meio do Decreto n.º 787, de 11 de setembro de 1906, feito pelo então presidente do Estado Nilo Peçanha (VIEIRA; JUNIOR, 2016). A abertura de escolas profissionalizantes atendia à necessidade da sociedade brasileira de proporcionar estudo aos cidadãos de baixa renda e, ao mesmo tempo, formava-se mão de obra para o mercado de trabalho.

É possível perceber que o surgimento do ensino técnico no Brasil com a criação das Escolas de Aprendizes e Artífices despertou grandes ambições. Se por um lado o projeto visava incluir menores delinquentes e pobres no mercado de trabalho, da então sociedade urbana e industrial brasileira; por outro esse ensino com sua função concludente tirava a possibilidade dessa classe trabalhadora buscar outros níveis de ensino (PAIVA, 2013, pg. 37).

Desse modo para a elite, a educação tinha como objetivo a preparação para o ingresso no ensino superior, e, para os trabalhadores, a educação tinha como finalidade o ingresso no mercado de trabalho.

Aos primeiros, uma educação de excelência fundamentada nas atividades intelectuais, na arte da palavra e nos exercícios de caráter lúdico ou militar. Aos segundos, uma educação puramente técnica, manual e assimilada no decorrer do processo de trabalho. Observa-se nitidamente a divisão entre trabalho manual e intelectual e o preconceito a essa primeira forma, derivante desse processo de exclusão (NOBREGA; SOUZA, 2015, p. 277).

Em 23 de setembro de 1909, Nilo Peçanha ampliou o ensino profissional para todo país, por força do Decreto Presidencial n.º 7.566, abrindo as “Escolas de Aprendizes Artífices” em todos os estados, destinadas ao ensino profissional, primário e gratuito, que o Governo Federal deveria manter, por intermédio do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Segundo o referido Decreto, as escolas deveriam formar operários e contramestres, proporcionando o ensino prático, conhecimentos técnicos e intelectuais para desenvolver habilidades indispensáveis para exercer o trabalho. O Presidente, em suas considerações, apontou que estas escolas iriam ajudar as classes menos favorecidas a lidar com as dificuldades e afastá-los da criminalidade (BRASIL, 1909).

Na década de 1930, o então presidente Getúlio Vargas, como já mencionado, criou o Ministério dos Negócios e da Educação e Saúde Pública, por meio do Decreto n.º 19.402, passando a responsabilidade da educação profissional do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio para esse novo Ministério (BRASIL, 1930). Esse Ministério, teve modificada sua denominação para Ministério da Educação e Saúde, com a Lei n.º 378, de 13/01/1937. Referente às Escolas de Aprendizes e Artífices, a Lei as transformaram em Liceus, e ainda acrescentou que novos liceus seriam instituídos, ampliando o ensino técnico em vários ramos (BRASIL, 1937).

A partir de 1930 houve intensificação do processo de industrialização, motivada pela expansão do capitalismo e substituição de importações. Logo, ficou evidente a escassez de trabalhadores no setor industrial e a necessidade de abertura de cursos profissionais para suprir essa demanda (ABREU, 2016, p. 32).

O Decreto n.º 4.127, de 25 de fevereiro de 1942, estabeleceu as bases da organização da rede federal de estabelecimentos de ensino industrial. Instituiu a Escola Técnica Nacional, com sede no Distrito Federal, a ministrar cursos destinados à indústria e outros cursos técnicos como de pesca, mineração e metalúrgica (BRASIL, 1942).

De 1942 a 1946 foram criadas as Leis Orgânicas do Ensino, também conhecidas como Reforma Capanema, "com o objetivo de estabelecer uma reforma na educação para adequar o ensino ao contexto econômico e social da época" (BRIGHENTE; MESQUIDA, 2013, p. 231).

Saviani (2007, p.159) assim analisa as finalidades da educação voltadas para os interesses econômicos:

os trabalhadores estavam em condições de conviver com as máquinas, operando as sem maiores dificuldades. Contudo, além do trabalho com as máquinas, era necessário também realizar atividades de manutenção, reparos, ajustes, desenvolvimento e adaptação a novas circunstâncias. Subsistiram, pois, no interior da produção, tarefas que exigiam determinadas qualificações específicas, obtidas por um preparo intelectual também específico. Esse espaço foi ocupado pelos cursos profissionais organizados no âmbito das empresas ou do sistema de ensino, tendo como referência o padrão escolar, mas determinados diretamente pelas necessidades do processo produtivo.

Nesse mesmo período, de 1942 a 1946, criou-se o chamado Sistema S4, composto pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), o Serviço Social do Comércio (Sesc) e o Serviço Social da Indústria (Sesi) (VIEIRA; JUNIOR, 2016). Esse sistema S de ensino profissional, segundo Araújo e Rodrigues (2010, p. 53), utilizava uma metodologia de ensino que

correspondia a um enquadramento intelectual que condicionava o aprendiz a limitar-se à reprodução dos conhecimentos já elaborados, além do que conduzia a uma acomodação ao status de operário e de conformismo à ordem social. Cabia à instituição de ensino profissional o papel de reproduzir política e ideologicamente as condições de trabalho da fábrica, indispensáveis à produção, onde alguém tinha o direito de mandar e o poder de fazer obedecer.

Havia ainda, o caráter excludente do ensino profissional, uma vez que ao priorizar conhecimentos técnicos em detrimento da formação geral, poderia dificultar o ingresso no ensino superior. Assim enfatiza Brighente e Mesquita (2013, p. 232):

podemos identificar um ensino dual, visto que o conjunto das reformas era centralista e burocratizado, na medida em que destinava o ensino secundário para as elites, que seria a classe dirigente, enquanto o ensino profissional era voltado para o povo – lembrando que o acesso ao ensino secundário era o que garantia a entrada em uma carreira de nível superior.

Com o término do governo de Getúlio Vargas, houve mudanças políticas e econômicas no país, que influenciaram no movimento de reconstrução educacional. Durante o governo de Juscelino Kubitschek de 1956 a 1961 houve um incentivo ao crescimento da educação profissional.

“O lema “50 anos em 5”, força a abertura ao mercado internacional, a instalação de indústrias, e, logicamente, solicita mão-de-obra cada vez mais especializada. O crescimento do parque industrial, por exemplo, exigiu maior demanda da mão-de-obra operária, que, até então, pouco tinha acesso à Educação Profissional (NOBREGA; SOUZA, 2015, p. 270).

Nesse caminho, seguia o ensino profissional no país, com abertura de cursos, mudanças na organização e no funcionamento, porém, sem alterar os métodos de ensino. Em 1961, foi aprovada a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei Federal n.º 4.024, que estabeleceu no Capítulo III o ensino técnico de grau médio como

modalidade da educação nacional. Os cursos que faziam parte desse ensino eram o industrial, agrícola e comercial. Essa Lei determinou que os cursos fossem realizados em dois ciclos e que deveria conter disciplinas do ensino técnico e disciplinas do curso ginásial secundário e do colegial secundário. Os diplomas dos cursos técnicos de grau médio seriam registrados no Ministério da Educação e Cultura. No parágrafo único, a Lei estabeleceu que os cursos "não especificados nesta lei serão regulamentados nos diferentes sistemas de ensino" (BRASIL, 1961).

Com a implementação da LDB/1961, criou-se a possibilidade de oferta de outros cursos de ensino técnico, possibilitando a criação do Técnico em Enfermagem. No período pós 1964, houve ênfase no ensino técnico, como parte do projeto da Ditadura que se iniciou com o Golpe Militar.

É importante destacar que, devido ao período de Ditadura Militar, as escolas eram extremamente reguladas em relação a conteúdo, castigando severamente aqueles que se propusessem a intervir em seus comandos e interesses. Os professores, obrigados a aderir ao modelo ditatorial, passaram a assumir a postura de ditadores em sala de aula, silenciando e doutrinando alunos como máquinas, que apenas devem obedecer e servir aos comandos (NOBREGA; SOUZA, 2015, p. 271).

Em 1971, por meio da Lei n.º 5.692, o ensino médio profissionalizante foi imposto em todo território nacional (BRASIL, 1971).

Essa medida surgiu como uma forma de solucionar a pressão da demanda para o ensino de 3º grau, acreditando-se que, uma vez de posse da habilitação, o técnico seria absorvido pelo mercado de trabalho. Assumindo a dupla função de formar mão-de-obra qualificada e reduzir a pressão da classe média sobre a universidade, a profissionalização não alcançou tais objetivos, pois a parcela de jovens que tinham acesso ao 2º grau continuou a mesma, podendo ser considerada de elite, não se interessando por profissões manuais e técnicas (STUTZ, 1998, p. 17).

Houve resistências ao Projeto e no ano de 1982, o ensino profissionalizante compulsório foi extinto com a Lei n.º 7044, possibilitando novos caminhos para o ensino técnico (BRASIL, 1982).

Para Araújo e Rodrigues (2010, p. 54),

um novo discurso sobre a formação humana apresenta-se, nas décadas de 1980 e 1990 no Brasil, prometendo ser capaz de responder às novas demandas do mercado de trabalho, sustentando um conjunto de ideias sobre como deve ser a formação do homem contemporâneo.

A concepção da educação profissional caracterizada por um ensino voltado apenas para habilidades práticas de um serviço, sem um conhecimento científico mais amplo começou a ser mudado. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), n.º 9394/96, estabeleceu, que “a educação profissional e tecnológica, no cumprimento dos objetivos da educação nacional, integra-se aos diferentes níveis e modalidades de educação e às dimensões do trabalho, da ciência e da tecnologia” (BRASIL, 2008a).

O Decreto n.º 2.208/97, regulamentou o ensino profissionalizante em nosso país, definindo os objetivos, os níveis da educação profissional, compreendendo o básico-destinado à qualificação e reprofissionalização de trabalhadores, independente de escolaridade prévia; o técnico - destinado a proporcionar habilitação profissional a alunos matriculados e egressos do ensino médio e o tecnológico- correspondente a cursos de nível superior na área tecnológica, destinados a egressos do ensino médio e técnico (BRASIL, 1997).

A questão curricular da educação profissionalizante orientou-se pela Resolução CEB n.º 04/99 juntamente com o Parecer CEB n.º 16/99. A resolução aponta para os princípios norteadores da educação profissional de nível médio, destacando a independência e a articulação com este nível, desenvolvimento de competências para a laboralidade, autonomia da escola em seu projeto pedagógico, atualização permanente dos cursos e currículos e identidade dos perfis profissionais de conclusão de curso (BAGNATO *et al*, 2007, p. 282).

Nos anos de 2004 e 2008, houve alterações na LDB Lei 9394/96, acrescentando critérios, objetivos e modalidades sobre a educação profissional técnica.

O Decreto 5.154, de 23 de julho de 2004, prevê sobre a educação profissional:

Artigo 1º “que ela será desenvolvida por meio de cursos e programas de:

I - formação inicial e continuada de trabalhadores;

II - educação profissional técnica de nível médio; e

III - educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação” (BRASIL, 2004a).

A Lei Federal nº 11.741/2008, alterou os dispositivos da Lei de 1996, "para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica" (BRASIL, 2008a).

A educação profissional tornou-se mais abrangente, houve um grande incentivo para seu crescimento. Ocorreu a expansão da oferta de novos cursos da educação profissional, uma Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica. Com a Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008, foi instituída essa Rede e ainda criado os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, como citado no Art. 2º:

Os Institutos Federais são instituições de educação superior, básica e profissional, pluricurriculares e multicampi, especializados na oferta de educação profissional e tecnológica nas diferentes modalidades de ensino (BRASIL, 2008b).

Com a grande quantidade de cursos, tornou-se necessário organizá-los por meio do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), instituído pela Portaria MEC nº 870, de 16 de julho de 2008, para orientar as instituições, estudantes e a sociedade em geral sobre os cursos de educação profissional e apresentou a carga horária mínima para cada curso.

Relativo ao Curso Técnico em Enfermagem, a carga horária estabelecida no CNCT foi de 1.200 horas (BRASIL, 2008c).

Outras leis federais também regem a educação profissional e tecnológica no Brasil, como a Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011 que instituiu o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – Pronatec, facilitando o acesso ao ensino técnico (BRASIL, 2011), Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, que dispôs, sobre Plano de Carreira e Cargos de Magistério do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico, incentivando os docentes a desenvolverem metodologias que possibilitem melhor formação de profissionais (BRASIL, 2012).

Em 2014, foi aprovado o Plano Nacional de Educação – PNE, para o período de 2014 a 2024 (Lei nº 13.005) (BRASIL, 2014) e em 2016 o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019 (Lei nº 13.249) (BRASIL, 2016), ambos os planos com algumas metas direcionadas ao ensino da Educação Profissional e Técnica (EPT). Segundo Bagnato *et al* (2007, p.283),

o compromisso dos educadores é buscar e organizar uma formação profissional que considere as necessidades do trabalhador e não somente as perspectivas do mercado [...] centrada numa unidade orgânica entre educação, trabalho e conhecimento, buscando uma formação que desenvolva as múltiplas dimensões do ser humano, condição fundamental para a cidadania efetiva e para a compreensão das mudanças na sociedade.

Os Cursos Técnicos de Enfermagem fazem parte da educação profissional e devem buscar proporcionar um ensino integral, incentivando práticas pedagógicas que envolvam o aluno, estimulem sua criatividade e sensibilidade, que promova o diálogo, reflexões e o desenvolvimento do pensamento crítico, conhecimento científico e competências técnicas.

3 A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES

O sistema de saúde brasileiro, até final da década de 1980, era baseado na medicina curativa, com o foco em campanhas sanitaristas e menor ênfase na prevenção e promoção da saúde (PAIM, 2008).

Havia dificuldades no acesso às instituições de saúde, "deixando milhões de pessoas excluídas da atenção, ou recebendo serviços de baixa qualidade" (PAIM, 2009, p. 38).

O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática "hospitalocêntrica", pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, 2000, p. 316).

A falta de investimento financeiro, ou desvio de recursos e ingerência nas instituições, ocasionava em falta de materiais, estruturas inadequadas para atendimento, escassez de profissionais. Além desses fatores, o paciente, quando internado em um Hospital tinha, muitas vezes, que lidar com a frieza gerada pela mecanização dos procedimentos e pelo próprio ambiente insalubre e ainda, tratado muitas vezes, de maneira inadequada, com descaso ou estresse.

Os efeitos da tecnociência são notórios [...] deparamo-nos diuturnamente com ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humana. A pessoa vulnerabilizada pela doença deixou de ser o centro das atenções e foi instrumentalizada em função de um determinado fim (PESSINI; BETARCHINO, 2006, p. 2).

Todos esses problemas contribuíram para tornar a assistência à saúde ineficaz, desqualificada, precária e desumana. Diversos aspectos negativos presentes no ambiente de trabalho eram vivenciados pelo técnico em enfermagem, o que interferia na qualidade da sua assistência, podendo refletir na saúde do profissional.

Referente ao serviço de saúde propriamente dito, havia sobrecarga de atividades exercidas, excesso de tecnologia, baixos salários (CASATE; CORRÊA, 2005), vários empregos e demandas ergonômicas que exigia esforço físico constante do profissional (BRASIL, 2005).

Caregnato e Lautert (2005) apresentam outros problemas relativos às dificuldades de relacionamento da equipe de trabalho e sentimentos externados pelos profissionais, como o desrespeito, conflitos internos, discussões, falta de coleguismo e comprometimento. Sobre os fatores emocionais, existia um sentimento de desvalia da enfermagem e situações que

provocavam medo e ansiedade e, o contato com a morte foi considerado uma experiência significativamente estressante.

O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações [...] Os profissionais da saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: contato frequente com a dor e o sofrimento, com pacientes terminais, receio de cometer erros, contato com pacientes difíceis (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006, p. 282).

O impacto negativo na vida do profissional pode originar doenças físicas e emocionais, resultando em altos níveis de absenteísmo, baixa produtividade, diminuindo a qualidade da assistência prestada. "O trabalho em saúde é, reconhecidamente, um trabalho que implica exposição a diversos fatores de risco potencialmente causadores de agravos, doenças, lesões e acidentes" (BRASIL, 2005, p.65). Portanto, a humanização da saúde veio como uma alternativa para diminuir as situações desumanizantes praticadas no ambiente da saúde (CASATE; CORRÊA, 2005, CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

O significado da palavra humanização, segundo o dicionário Priberam (2019), é ato ou efeito de humanizar, tornar-se humano, sociável, civilizado, agradável. A humanização na saúde é associada ao sentido da palavra, como "atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade" (BRASIL, 2004b, p.6), pode ser considerada como fruto de uma convicção religiosa onde todos merecem ser bem cuidados e atendidos (PESSINI; BERTACHINI, 2006). É "o interesse humano pelo próximo" (CASATE; CORRÊA, 2005, p.108). Oliveira e Kruse (2006, p.80), afirmam que a humanização da assistência pode ser vista "como uma prática delicada, quase maternal de abrigar o ser humano, confortá-lo, apoiá-lo, compreendê-lo, ser solidário a ele".

Esses conceitos abordam a humanização como ações dedicadas ao bem estar do paciente, a um tratamento cuidadoso, com afeto, buscando entendê-lo. É um "atendimento digno com calor humano" (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p.4), é um modo de perceber o paciente (CASATE; CORRÊA, 2005), "pressupõe considerar a essência do ser, o respeito, a individualidade" (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p.3). O profissional deve acolher o enfermo, promover um momento de escuta, entender suas fragilidades causadas pelo processo de adoecimento. "O pressuposto subjacente a todo processo de atendimento humanizado é facilitar que a pessoa vulnerabilizada enfrente positivamente os seus desafios" (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p.3).

A internação desestrutura o psicológico do paciente, uma vez que ele tem toda sua rotina alterada, encontra-se debilitado, solitário, dependente do cuidado de estranhos, experimentando sentimentos de medo, insegurança, desesperança, além do sofrimento físico

ou emocional proveniente da doença. "A humanização deve ser vista como uma atitude de cuidado holístico, na realização de ações para além do tratamento da patologia" (MONGIOVI *et al.*, 2014, p.308). Ao técnico em enfermagem espera-se que ele atenda o paciente, observando as suas necessidades, tanto as fisiológicas quanto as subjetivas, ofertando um cuidado completo.

O conceito de humanização enfoca aspectos relacionados ao ser humano, como percebê-lo como um ser único e insubstituível, completo e complexo, o que inclui o respeito, o acolhimento, a empatia, a escuta, o diálogo, circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, além da valorização dos significados atribuídos pelo ser humano, à sua experiência de adoecimento e sofrimento, da prevalência da comunicação e do diálogo (CASATE; CORRÊA, 2005, p. 220).

Cada ser humano é único e deve ser tratado com respeito e atenção, valorizando os diferentes os aspectos de sua vida. Por meio do acolhimento e diálogo, o profissional consegue entender o que o paciente mais precisa naquele momento e assim, atendê-lo de maneira mais eficiente. Casate e Corrêa (2005, p. 110) entendem que o acolhimento é um momento de "ter sensibilidade para a escuta e o diálogo, mantendo relações éticas e solidárias". O relacionamento interpessoal, estimulado pelo diálogo, é a base para se "construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida" (CASATE; CORRÊA, 2005, p.110).

O encontro entre sujeitos, que acolhe e, ao mesmo tempo, agrega conhecimentos para traçar melhores condições de assistência à saúde é a base da humanização. Segundo Paulo Freire (1996) ninguém busca algo sozinho, há sempre as interações entre os sujeitos, "como não há homem sem mundo, o ponto de partida da busca se encontra no homem-mundo, isto é, no homem em suas relações com o mundo e com os outros" (FREIRE, 1996, p.3). Essa rede de conexões permite conhecer o outro e ao próprio sujeito.

Portanto, a humanização na saúde pretende viabilizar um cuidado com qualidade, holístico, atencioso, ajudando o paciente no seu momento de fragilidade, acolhendo-o e promovendo o diálogo, compreendendo-o, buscando melhores opções de tratamento, proporcionando seu bem-estar. Nessa perspectiva, o paciente é o elemento principal das ações de humanização.

No entanto, Casate e Corrêa (2005, p. 109) lembram que entre o final da década de 1950 até 1980, "a humanização é enfocada, predominantemente, de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o doente". Para que a qualidade do atendimento fosse efetiva era imprescindível acolher e valorizar os pacientes, mas, também a quem realizava as ações de saúde. A assistência humanizada por ser considerada uma prática que envolve atitudes humanas ou dimensão caritativa (CASATE; CORRÊA, 2005) ou "encarado

como algo natural, inerente à profissão” (OLIVEIRA; KRUSE, 2006, p. 79), muitas vezes não era realizada. Aliado às condições de trabalho inadequadas, a assistência e gestão tornava-se desumanizada.

Com o modelo de assistência médico assistencial predominante no país, “contrastando com a deterioração das condições de saúde da população e com a contenção das ações de saúde pública” (PAIM, 2009, p. 32), era preciso mudanças no setor da saúde que alterassem essa realidade e possibilitassem condições adequadas de trabalho para os profissionais e atendesse as necessidades da população.

Cabe ressaltar que até a década de 1980, o modelo de assistência à saúde no país era centrado no atendimento curativo, especializado, individual, tendo como principal espaço para as ações de saúde, o hospital. Além disso, não se constituía como direito de todos (CASATE; CORRÊA, 2005, p. 109).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi organizado o Sistema Único de Saúde (SUS) e instituída a concepção de saúde como direito social, com acesso universal, igualitário e integral de toda a população às diferentes ações e setores de saúde (BRASIL, 1988).

O SUS, regulamentado por meio da Lei n.º8.080 de 1990, estabeleceu princípios que proporcionavam a atenção ao usuário de forma mais digna, humanizada, como a integralidade, que propõe o atendimento de todas as necessidades do indivíduo em todos os níveis de atenção; a equidade, que possibilita um atendimento diferenciado a cada pessoa; a preservação da autonomia do indivíduo; direito à informação e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

O direito à saúde está ligado à condição de cidadania. Não depende do "mérito" de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). [...] o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2008, p.43).

O modelo de saúde, SUS, proporcionou à população melhores condições de saúde, oferecendo uma assistência integral e mais humana. Porém, segundo Rios (2009, p. 257), o SUS

é o sistema idealizado para os anseios de saúde do povo brasileiro, mas é também o sistema de saúde público que apresenta as contradições e heterogeneidades que caracterizam nossa sociedade: serviços modernos e de ponta tecnológica ao lado de serviços sucateados nos quais estão presentes a cronificação do modo obsoleto de operar o serviço público, a burocratização e os fenômenos que caracterizam situações de violência institucional.

Mesmo com as diversas defasagens, ao longo dos anos, houve a criação de programas para melhorar a situação de saúde e a humanização da assistência do SUS, como o Programa

Saúde da Família (PSF), Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2003).

O PSF foi criado em 1994, como uma estratégia que buscava reordenar e dinamizar o modelo de atenção básica do SUS.

O PSF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde – que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva – e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida (INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, 2000, p.317).

No ano de 2000, o PHPN criou ações de atenção específicas para a gestante, o recém-nascido e à mãe no pós-parto. Fundamentava-se "nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério" (BRASIL, 2002, p.5).

Nesse mesmo ano em 2000, foi elaborado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Um projeto piloto implementado em hospitais do Brasil que visava à mudança de cultura na assistência ao usuário e tinha como objetivo o estímulo a um melhor relacionamento entre os profissionais da saúde, usuários e instituição (BRASIL, 2001).

Mas, mesmo com o incentivo de ações de humanização da assistência, havia problemas que dificultavam o funcionamento do SUS, como a falta de preparo e desvalorização profissional, a fragilidade das relações de trabalho, modelo de gestão centralizadores, a desarticulação dos programas de saúde e dos processos de trabalho (BRASIL, 2004b), tornando-se essencial a criação de uma política pública específica de humanização.

Em 2003, foi criado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH), Humaniza-SUS²¹ que estabeleceu a humanização como estratégia para realizar gestão e assistência à saúde de qualidade.

²¹ Disponível em <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em 02/12/2018.

Figura6- Projeto Acolhe SUS | Rede Humaniza SUS - O SUS QUE DÁ CERTO.



Fonte: <https://www.google.com/url.net%2F95870-retomando-as-atividades-do-comite-regional-de-humanizacao-do-medio-vale-do-itajai->.

Como ilustra a imagem, para que a humanização não seja apenas mais um programa, ou um conceito subjetivo relacionado à lógica caritativa, a PNH adotou a humanização como política pública (BRASIL, 2004b, 2008d). A Política Nacional de Humanização prima pela valorização dos sujeitos, a sua participação ativa nos processos de gestão e atenção à saúde. É uma política baseada no princípio transversalidade, que busca conectar os diferentes serviços, setores e instâncias da saúde, fazendo com que trabalhem em conjunto e facilitando o acesso e inclusão dos gestores, profissionais, usuários e comunidade na consolidação dessa política (BRASIL, 2004b, 2008d). Transversalidade significa, segundo Pasche e Passos (2008, p.96) "ampliação e aumento da capacidade de comunicação, de um lado, entre políticas, programas e projetos e, de outro lado, entre sujeitos e coletivos".

Logo, para superar as barreiras hierárquicas do sistema é preciso modificar as ações centralizadoras e fragmentadas e criar um sistema de rede na saúde, que convide as diversas pessoas que utilizam ou trabalham no SUS, a se aproximarem, interagirem e contribuam para a construção de práticas que melhorem a qualidade da saúde oferecida. É preciso promover o relacionamento interpessoal no ambiente de saúde, constituir um processo comunicacional entre os sujeitos, que possibilite o diálogo, a processualidade do debate, o reconhecimento da fala do outro (DESLANDES; MITRE, 2009).

Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006, p. 281).

Esses momentos devem estimular a produção da grupalidade onde os indivíduos se envolvam, se conectem, se unam numa construção coletiva para produzirem conhecimentos e subjetividades (BRASIL, 2004b, 2008d). Oportunizando a interação entre as pessoas, elas poderão refletir sobre o cotidiano, discutir sobre os problemas existentes e buscar de soluções, instigando seu protagonismo, autonomia e co responsabilidade nos processos de gestão e atenção da saúde, princípios que regem a PNH.

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos (BRASIL, 2004b, p.8).

Nessa lógica, faz-se necessário construir ambientes adequados para estimular e proporcionar esse processo de inter-relações. O ambiente é um "instrumento capaz de possibilitar e favorecer a humanização dos serviços de saúde, sendo um dos fatores que influenciam no *continuum* saúde-doença e, também, na socialização do usuário" (FREITAS, 2013, p.656).

A PNH trouxe a ambiência como diretriz e descreve o espaço físico como um "espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana" (BRASIL, 2010, p. 5). Ao aperfeiçoar a estrutura física nos ambientes de saúde, são garantidos vários benefícios à população que usufrui do sistema de saúde e aos trabalhadores que, constantemente, permanecem no local. Um ambiente saudável e organizado, promove a melhoria do fluxo de atendimento, conforto, privacidade, acolhimento, lazer, interações, acessibilidade e segurança (BRASIL, 2008d, 2010; FREITAS, 2013), transformando um ambiente insalubre em um ambiente gerador de bem-estar.

Além da ambiência, a PNH estabeleceu a criação de dispositivos e ações para implementar as práticas de humanização nos serviços de saúde, como a constituição de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), equipes transdisciplinares de referência, implementação do acolhimento com classificação de riscos, ouvidorias, rede virtual de humanização, sistemas de escuta qualificada, métodos para garantir visita aberta, dentre outros (BRASIL,2004b, MENEZES; ESCÓSSIA, 2018, PASCHE; PASSOS, 2008).

Essa forma de humanização preza condutas voltadas para satisfação dos pacientes e comunidade, além de implementar estratégias de participação social nos processos de saúde. Visa, também, a valorização dos profissionais, agentes de humanização.

Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle

social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004b, p.7).

A PNH fomenta o atendimento à população com qualidade, como também aposta no reposicionamento profissional. Valorizando, incentivando a autonomia, corresponsabilidade nos processos de saúde, estimulando o profissional a participar de toda a organização da gestão, desde seu planejamento até os resultados, acontece a transformação positiva do profissional e da realidade dos serviços de saúde (RIBEIRO, 2011).

Propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional (BRASIL, 2004b, p. 11).

A instituição deve, portanto, comprometer-se a atender e apoiar todos profissionais de saúde e funcionários do SUS. A PNH esclarece que para a produção de uma saúde digna, a gestão e atenção à saúde são indissociáveis. O profissional de saúde deve exercer a humanização integrando assistência e processos de trabalho, uma vez que, "os modos de cuidar são inseparáveis dos modos de operacionalizar esse cuidado" (MENEZES; ESCÓSSIA, 2018, p.322).

Pasche e Passos (2008, p. 96) afirmam que

a política e a clínica, são entendidas como elementos inseparáveis, dimensões sempre presentes nas práticas de saúde. Dessa maneira, não se toma o campo das chamadas ciências da saúde - que informam as práticas e conformam o campo das tecnalidades – como separado daquele referente à gestão, à forma de condução das organizações e definidor dos processos de trabalho. Quando se atua em um destes campos, imediatamente, se mexe no outro.

Nessa perspectiva, o profissional deve ser capaz de prestar um atendimento seguro, tecnicamente correto e entender sobre os processos necessários para realizar o cuidado. Precisa possuir fundamentação científica e desenvolver aptidão humana (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

A PNH apresentou princípios e estratégias para que a humanização da assistência e da gestão em saúde seja estabelecida.

A "transversalização das práticas; inseparabilidade entre a gestão e a atenção; e inclusão de sujeitos, coletivos e analisadores são os elementos centrais que conformam o modo como a PNH compreende a ação transformadora da política pública de saúde (PASCHE, PASSOS, 2008, p. 96).

É essencial que a humanização seja exercida de maneira completa, englobando ações na esfera da saúde e na educação. Se investir em apenas uma área, os problemas serão mascarados e resolvidos parcialmente. Se humanizar o ambiente de trabalho, mas não preparar os futuros profissionais que irão trabalhar nesse serviço, possivelmente, o ambiente

se tornará desumanizado outra vez e o inverso, se o profissional tem uma formação humanizada, mas o ambiente permanece desumano, futuramente o profissional sucumbirá ao ambiente insalubre.

Portanto, a humanização, como estratégia política, deve ser incluída no currículo dos cursos de enfermagem, fundamentada e praticada durante sua trajetória formativa, focalizando o modo de ser e agir dos futuros profissionais, sensibilizando-os para uma assistência e gestão humanizadas.

3.1 A humanização na formação do Técnico em Enfermagem

A PNH como política buscou agregar assistência e gestão da saúde para alcançar a humanização. "Ela não inaugura o tema da humanização no sistema de saúde brasileiro, mas muda seu sentido e estratégias" (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4543). Essa política foi criada com o intuito de melhorar o SUS que enfrenta obstáculos e dificuldades diversas. A PNH busca consolidar princípios que possibilitem a qualificação dos serviços de saúde. Ela propõe:

valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.

Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.

Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.

Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.

Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL 2004b, p.10).

No nosso ponto de vista, a humanização deve ser construída e valorizada na área da saúde, inclusive nos Cursos Técnicos de Enfermagem, uma vez que permite aos discentes, práticas de assistência e gestão humanizadas, estimula o relacionamento interpessoal, valoriza as dimensões subjetivas, proporcionado que os futuros profissionais sejam participativos e preparados para exercer suas atribuições com qualidade.

As diretrizes dos processos de formação da PNH se assentam no princípio de que a formação é inseparável dos processos de mudanças, ou seja, que formar é, necessariamente, intervir, e intervir é experimentar em ato as mudanças nas práticas de gestão e de cuidado, na direção da afirmação do SUS como política inclusiva, equitativa, democrática, solidária e capaz de promover e qualificar a vida do povo brasileiro (PASCHE; PASSOS, 2010, p.8).

A humanização na formação profissional promove essa consciência nos alunos de participar dos processos de saúde com responsabilidade e não apenas ter o conhecimento de como funcionam, mas, entender e discutir como eles ocorrem e criar possibilidades de intervir para melhorá-los.

Obviamente não se muda uma cultura de assistência unicamente com capacitações dirigidas aos profissionais. Mas, certamente, um investimento sério na formação (inclusive desde a graduação) pode, de fato, fortalecer ideias outrora consideradas utópicas ou fora do âmbito e do “papel” da assistência. Isso pode dar subsídios para que no curso da história (seja de curta, média ou longa duração) e no campo da negociação da ordem política de gestão, os agentes de uma determinada organização constituam novos parâmetros para ação, introduzindo mudanças na cultura da assistência (DESLANDES, 2004, p.12).

É preciso mudar o processo de ensino, introduzir uma visão holística, novas metodologias e não apenas a racionalidade técnica. A educação profissional que prioriza a manutenção dos interesses do mercado de trabalho, produz sujeitos acomodados e inibe atitudes de questionamento e argumentação do aluno. Nesse sistema de ensino tradicional,

a sala de aula não adquire sua função de um local de reflexão e construção de conhecimentos. A produção de um novo conhecimento ou o aprimoramento do conhecimento já existente são substituídos pela recepção inquestionável e irrefletida de um saber construído exclusivamente por outros (MARQUES; BERNARDES, 2018, p. 90).

Deve-se alterar esse tipo de metodologia e o docente é o elemento por essa transformação. Ele é o responsável por auxiliar o aluno na busca do conhecimento e não apenas repassar conteúdos sem conexão com o aluno, sem entender sua história e cultura.

Formar como estratégia de intervenção coletiva para a produção de alterações nas condições de trabalho impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos, pois não haveria um modo correto de fazer, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados considerando especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde (PASCHÉ; PASSOS, 2010, p. 8).

Segundo Marque e Bernardes (2018), o ensino que busca a racionalidade técnica o professor transmite o que é apresentado nos materiais didáticos, sem reconhecer a multiplicidade social em que vivemos ou a realidade do aluno, o professor ensina e o discente aprende, sem diálogo, sem ponto de vista do discente. Casate e Corrêa (2005, p. 110) entendem que “as propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de formação dos profissionais, ainda centrado, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado”. Logo, o educador como um profissional atuante, crítico e reflexivo, potencializa a curiosidade, o questionamento, a reflexão, o diálogo entre os alunos e sua autonomia.

O professor crítico se caracteriza pela postura dialética, pela tendência deliberada a transformar sua ação e pela procura por condições didático-pedagógicas que ajudem

os educandos a perceber e modificar – se necessário- a vida acadêmica, pessoal ou profissional (SILVA; SANTOS, 2018, p. 39).

Entendemos que o docente deve estar atento ao que acontece no país, debater sobre o cenário da saúde, sobre as situações vivenciadas pelos alunos, incluindo as experiências de humanização e desumanização, ensinar e praticar os princípios e estratégias da PNH no processo de formação do discente. O professor precisa estar atento a forma como conduz suas aulas, como explica os temas, deve estimular o posicionamento dos alunos, a troca de informações e saberes durante suas aulas e sempre fazer a conexão entre teoria e prática.

Segundo Lima (2005, p.374) “é na reflexão e na teorização a partir das ações da prática profissional, preferencialmente realizadas em situações reais do trabalho, que estudantes e docentes constroem e desenvolvem capacidades”. Puccini e Cecílio (2004) enfatizam que a humanização quando inserida nas instituições de maneira genérica ou reduzida, separadas do contexto social, podem desvirtuar o movimento humanizador.

Para que o ensino seja efetivo o docente pode desenvolver estratégias de ensino-aprendizagem que contribuam para que o aluno possa compreender, assimilar e praticar a humanização na saúde.

Concordamos com a reflexão de Heckert e Neves (2007, p. 17) a respeito do processo de construção da humanização na saúde,

não se trata de apontar modelos político-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho, mas principalmente indicar modos de fazer a formação (princípios e métodos) que se construam num *ethos* da integralidade e da indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar. Outrossim, requer entender a formação como “atitude” transdisciplinar, ou seja, em sua potência de produzir aberturas a novas sensibilidades, visibilidades que expressam a multivetorialização nos quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde. Essas práticas se materializam na relação entre os sujeitos envolvidos na e com a construção do cuidado, nos modos de acolher, de gerir, de fazer a escuta, de compartilharem saberes e diferentes modos de estar nos verbos da vida (viver, trabalhar, sentir e perceber o mundo).

O docente é o responsável por facilitar o processo de construção da humanização, como política aos alunos. Deve promover uma reflexão crítica sobre os processos de saúde e gestão, incentivar a interação entre os indivíduos, tanto entre a equipe de trabalho quanto com os pacientes e familiares.

4. ANÁLISE DOS DADOS: A HUMANIZAÇÃO NO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

A política de humanização na saúde é uma ferramenta para aprimorar e fortalecer o SUS, proporcionando a melhoria da qualidade da assistência e da gestão à saúde. Nesse sentido, buscamos entender como se dá o processo de humanização na saúde no Curso Técnico em Enfermagem.

Traçamos nessa sessão o perfil dos docentes que atuaram no Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU entre 2007 à 2017, apresentamos os significados atribuídos a humanização na saúde pelos docentes e egressos, e como foi abordada a humanização no Projeto Pedagógico do Curso.

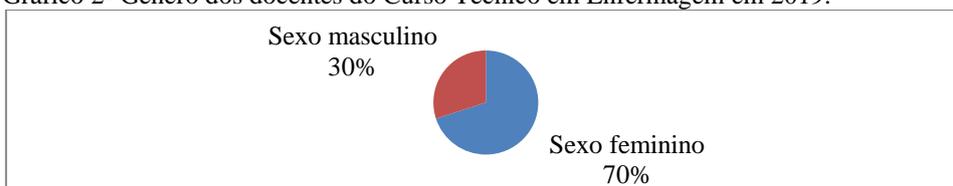
4.2 Perfil docente

O curso possuía em 2019, um quadro efetivo de 12 docentes com regime de trabalho de 40 horas, dedicação exclusiva. Todos os docentes possuem o diploma de Licenciatura ou formação pedagógica na docência.

Foi traçado o perfil dos 10 docentes que atuaram no Curso Técnico em Enfermagem durante o período de 2007 a 2017 e fazem parte do quadro efetivo de 2019. De acordo com os dados dos questionários aplicados, foi identificado o gênero, a faixa etária, o exercício profissional no curso e qualificação profissional.

Quanto ao gênero, 7 (70%) docentes são do sexo feminino e 3 (30%) são do sexo masculino (Gráfico 2).

Gráfico 2- Gênero dos docentes do Curso Técnico em Enfermagem em 2019.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa.

Os resultados encontrados corroboram a pesquisa realizada pelo Coren em 2010, quanto ao sexo e idade dos profissionais inscritos, onde apresentou que, do total de

profissionais de enfermagem do país, a maioria é do sexo feminino, correspondendo a 87,24% e do sexo masculino 12,76% e por categoria profissional o enfermeiro mantém essa característica, sendo 88,02 % do sexo feminino e 11,98% do sexo masculino. Sobre a faixa etária dos enfermeiros, 35,98 % estão entre 26 a 35 anos, 27,25 % entre 36 a 45 anos, 19,15% entre 46 a 55 anos e 7,07 % entre 56 a 65 anos. (COREN, 2010).

Sobre a prevalência do sexo feminino na enfermagem, pode ser expressão da história da Enfermagem, do modo como as atividades se iniciaram no país e pelas características associadas ao perfil desse profissional.

Segundo Germano (1993), por volta de 1543, as Santas Casas de Misericórdia acolhiam os enfermos e prestavam assistência a saúde, contando com voluntários e escravos.

A medida que as ordens religiosas chegavam ao Brasil, a administração dessas casas ia-lhes sendo entregue [...] O sentimento de religiosidade entre os primeiros a exercerem a enfermagem muito marcou seu espírito até hoje, haja vista todo um discurso ideológico [...] sobre as qualidades inerentes ao bom profissional; aparecem como características de primeira ordem, a obediência, o respeito à hierarquia, a humildade, o espírito de servir, entre outras (GERMANO, 1993, p. 24).

Geovanini (2002, p. 14) descreve que “a partir do aparecimento das ordens religiosas e em razão da forte motivação cristã que movia as mulheres para a caridade, a proteção e assistência aos enfermos”. A enfermagem iniciou sob o prisma de voluntarismo e religião e “exigia pessoas com atributos tidos como intrínsecos à natureza feminina, como o cuidado discreto, silencioso, caridoso e abnegado” (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014, p.159). Portanto, as características vinculadas ao perfil do profissional de enfermagem favoreceram que esta profissão fosse exercida principalmente por mulheres.

Tabela 1- Faixa etária dos docentes do Curso Técnico em Enfermagem em 2019.

Faixa etária	Quantidade	Porcentagem
25 a 35	4	40%
35 a 45	3	30%
45 a 60	3	30%
Total	10	100%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa.

Em relação à faixa etária, 4 (40%) docentes estão na faixa etária de 25 a 35 anos, 3 (30%) entre 35 a 45 anos e 3 (30%) entre 45 a 60 anos. Não houve diferença significativa na variação na faixa etária (Tabela 1). Os docentes estão em uma idade de maturidade, com maior porcentagem entre 25 a 35 anos, que segundo Ribeiro e Pedrão (2005, p. 313), é uma

idade “considerada como de grande produtividade com grandes chances de busca de aperfeiçoamento profissional nas suas categorias”.

Tabela 2- Atuação docente no Curso Técnico em Enfermagem em 2019.

Exercício profissional	Quantidade	Porcentagem
5 a 10 anos	4	40%
10 a 15 anos	3	30%
1 a 3 anos	2	20%
3 a 5 anos	1	10%
Total	10	100%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa.

Referente ao resultado encontrado sobre o exercício profissional dos docentes no Curso Técnico em Enfermagem, prevaleceu o tempo de 5 a 10 anos, correspondendo a 40%, seguido de 10 a 15 anos (30%), 1 a 3 anos (20%) e 3 a 5 anos (10%) (Tabela 2).

Gráfico 3- Qualificação dos docentes do Curso Técnico em Enfermagem em 2019.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa.

Quanto à qualificação profissional todos os docentes possuem alguma modalidade de pós-graduação. Desmembrando as qualificações, 7 docentes possuem o título de mestre (70%), 2 (20%) são doutores e 1 possui o título de especialista (10%) (Gráfico 3).

Segundo documento divulgado no site da ESTES (2020), o Curso Técnico em Enfermagem pretende

desenvolver nos discentes habilidades no que refere ao raciocínio lógico, cooperatividade, capacidade de observação, autonomia intelectual, senso crítico, iniciativa, humanização, ética, capacidade de comunicação, capacidade de trabalhar em equipe, solidariedade, espírito empreendedor, bom relacionamento interpessoal e flexibilidade.

Para que o objetivo do Curso seja alcançado, os docentes, responsáveis pela formação dos alunos devem assumir o compromisso com o papel de educador.

Segundo Freire (1996, p. 14) ensinar exige pesquisa. “Não há ensino sem pesquisa. [...] Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade”.

O docente deve buscar ser um profissional capacitado para o ato de educar, que constantemente esteja se atualizando, pesquisando, aprimorando seus conhecimentos e métodos de ensino. Ele deve “ter uma formação definida pela reflexão e pela pesquisa; notadamente que as incorpore em seu modo de ser e educar (SILVA; SANTOS, 2018, p. 45).

A Licenciatura e as pós-graduações contribuem para uma melhor formação docente, elas estimulam a pesquisa, ensinam metodologias que auxiliam o professor na dinâmica de aula, possibilitam a construção de novos saberes e como consequência, o aprimoramento das práticas pedagógicas.

É necessário que o docente tenha qualidades e virtudes que são essenciais na prática pedagógica, como “amorosidade, respeito aos outros, tolerância, humildade, gosto pela alegria, gosto pela vida, abertura ao novo, disponibilidade de mudança” (FREIRE, 1996, p. 45) entre outras qualidades.

Como educador de futuros profissionais de saúde, o docente tem a responsabilidade de proporcionar uma formação integral, que promova a cidadania, a autonomia do aluno, o pensamento crítico, além dos conhecimentos científicos e habilidades técnicas necessárias à profissão. Observa-se que os docentes do Curso Técnico em Enfermagem são todos profissionais qualificados, que buscaram aperfeiçoamento das metodologias de ensino aprendizagem para aplicarem no exercício da docência.

4.3 Significados sobre humanização atribuídos por docentes e egressos

De acordo com os relatos descritos pelos docentes e egressos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU sobre o significado de humanização, sua importância e como a praticam, surgiram categorias comuns da humanização na saúde: atitudes humanas, empatia, acolhimento e valorização do paciente.

As respostas dos docentes foram identificadas como D 1 até D 10 e dos egressos como E1 a E 19.

4.3.1 Atitudes Humanas

A humanização pode ser entendida como comportamentos humanos altruístas, isto é, que se dedica ao próximo (PRIBERIAM, 2020), são questões subjetivas, vinculadas a valores qualitativos (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014), são ações e sentimentos voltados para o bem do próximo. “A filosofia da humanização está ligada a um atendimento respeitoso, bondoso e cortês” (LAZARRI; JACOBS; JUNG, 2012, p. 123).

Verificamos que várias respostas dos questionários, tanto de docentes como egressos tiveram o mesmo sentido, abordaram a humanização em seu conceito subjetivo.

Alguns exemplos:

“Tratar o paciente com respeito, atenção, identificando suas necessidades, suas particularidades” (E16).

“É ter a percepção e sensibilidade de um cuidado voltado não só para o corpo físico, mas também para o psíquico, com calor humano, com respeito e dando dignidade ao próximo” (E 10)

“Um atendimento digno, de qualidade e equidade, onde os usuários possam ter seus direitos respeitados” (D2).

“Para mim a humanização proporciona um cuidado de qualidade, de forma que o paciente sinta mais à vontade dentro do possível. Proporcionar para ele um conforto, para que ele se sinta amado, acolhido e em segurança” (E5).

“Na verdade, sempre achei esse termo “humanização” um pouco engraçado. Por sermos seres humanos acho que essa já deveria ser uma habilidade intrínseca e, que não precisasse ser desenvolvida. Infelizmente os seres estão mais tecnicistas do que humanos. Então, se há de se dar alguma definição eu acredito que seja humano você saber desenvolver uma técnica de forma precisa, com todas as habilidades que se deve ter para o procedimento realizado, mas, sobretudo, respeitando aquela pessoa que você está prestando o cuidado de forma individual, única, respeitando suas crenças, seus valores e aplicando a maior empatia e amor possíveis” (D 10).

A humanização descrita pelos participantes enfatizou os aspectos intrínsecos dos seres humanos, as atitudes naturais como amor, respeito, atenção, dedicação, sensibilidade, calor humano, que devem ser dispensadas aos pacientes durante a assistência que deve ser feita de maneira humana e digna.

Esse entendimento da humanização abrangendo características que visam fazer e querer bem ao próximo, corroboram diversos autores, como Rios (2009), Lazzari Jacobs e

Jung (2012), Sirino (2014), Rocha e Cavalho (2007), Oliveira e Kruse (2006) e Spinelli (2014).

Segundo Rios (2009, p. 254), o termo humanização “em seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos”. Lazzari, Jacobs e Jung (2012) corroboram com esse aspecto da humanização como resgate de valores humanos.

Sirino (2014) demonstrou em sua pesquisa sobre a humanização no ensino de Graduação em Medicina, que uma das formas que os alunos entenderam a humanização foi como uma característica pessoal, aspectos que qualificam o atendimento, primando pela dignidade humana. Rocha e Cavalho (2007) levantaram o conhecimento de alunos de Graduação em Enfermagem sobre humanização da assistência, e eles referiram a humanização como uma forma de tratar os clientes com respeito, tratando-os como seres humanos.

Oliveira e Kruse (2006, p. 82) descrevem a humanização na saúde como:

o amor ao próximo, a demonstração de interesse humano pelo outro, o modo humano de ser, despertando o sentimento de solidariedade, a preocupação com as questões espirituais, a tolerância, a benevolência, a compreensão e respeito mútuo, a delicadeza, a cortesia, a paciência, o relacionamento pessoa a pessoa, a sensibilidade, o comprometimento com as relações humanas e o envolvimento com a vida e com o ser humano.

Os profissionais no momento da assistência ao paciente devem proporcionar um cuidado humanizado e com respeito. Spinelli (2014, p. 55) verificou em sua pesquisa as concepções sobre o ensino da humanização em Cursos Técnicos de Enfermagem de Porto Alegre e o respeito foi expresso pelos docentes como “respeito à identidade dos pacientes, respeito aos medos, respeito às suas crenças, respeito aos seus hábitos e costumes”.

Dentre as diversas virtudes humanas, o respeito pelos valores, sentimentos e escolhas do paciente, deve ser considerado mais que um ato de humanização e sim como um direito constituído do paciente e um dever do profissional. De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2011), a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, instituiu os direitos e deveres dos usuários de saúde e descreveu no Parágrafo único, do artigo 4:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (Brasil, 2011, p.11).

A PNH refere-se à humanização na defesa e cumprimento dos direitos do paciente. Os serviços de saúde devem informar os usuários sobre quais são os seus direitos e deveres e devem assegurar que eles serão cumpridos (BRASIL, 2015).

Possibilitando uma assistência humanizada, com carinho, amor, dedicação, respeito e tantas outras ações humanizadoras, acreditamos “que a pessoa se recupera melhor da enfermidade estando num ambiente agradável, onde se sente valorizada como pessoa” (PESSINI; BETARCHINO, 2006, p.32).

Contudo, compreendemos que esse conceito de humanização relacionado aos aspectos de bondade, cuidado amoroso e respeito ao ser humano, que os participantes descreveram, pode depender da vontade do profissional em exercer ou não ações humanizadoras, conforme Freire (1969, p.3) relata: “ambas, humanização e desumanização, são possibilidades históricas do homem como um ser incompleto e consciente de sua incompleticidade”. Nesse contexto, a humanização poderia ser negada ao paciente e tornar o cuidado desumanizado.

A PNH afirma que a humanização não deve ser vista como atitudes humanitárias, mas sim como uma política (BRASIL, 2004b). Entendemos que docentes e egressos devem compreender a humanização além dos aspectos subjetivos e construir e desempenhar a humanização na assistência e gestão à saúde conforme as estratégias e metodologias da PNH.

4.3.2 Empatia

A empatia é a capacidade de reconhecer a complexidade pelo que o outro passa e entendê-lo. “É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito [...] ser sensível à situação do outro” (PESSINI; BETARCHINO, 2006, p.4).

O paciente quando procura um serviço de saúde, encontra-se em um momento de debilidade e vulnerabilidade. A incerteza sobre o problema de saúde e como será sua recuperação, o distanciamento social causado pela internação, as mudanças de hábitos e de ambiente, geram sofrimento físico e emocional. O paciente precisa de um profissional que compreenda seu estado e suas concepções, que seja empático, para assim conquistar sua confiança e criar uma conexão entre os dois, caso aconteça o inverso, o profissional quando é indiferente as emoções e situação do paciente, desenvolve um atendimento distante, apenas voltado para a cura do corpo. “A humanização não ocorre quando se tratam as pessoas como coisas, indicando a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa, mas como objeto exclusivo de intervenção clínica” (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011, p. 309).

Na humanização da saúde, o profissional deve perceber o indivíduo além de sua patologia física, deve compreender que “um corpo humano não existe sozinho, como algo

inanimado. Não podemos isolar o corpo de seu dono, o indivíduo concreto, o homem social” (SCHOELLER, 2002, p. 155). Deve existir uma interação entre profissional e paciente.

O profissional ao atender um paciente deve ter a capacidade de entender o que o paciente expõe e facilitar a comunicação entre eles. Falcone (1999, p.24) descreve que uma compreensão empática envolve três aspectos, prestar atenção, ouvir e verbalizar sensivelmente. Ao prestar atenção no que o indivíduo apresenta, deve-se observar características referentes à linguagem não verbal, como sua postura, as expressões faciais, tonalidade de voz, comportamento; ao ouvir, deve-se ouvir atentamente, sem julgamentos e “a função da verbalização empática é fazer com que a outra pessoa se sinta compreendida, encorajando-a a explorar as suas preocupações de forma mais completa”.

Identificamos que a empatia foi a palavra mais mencionada nos relatos dos egressos. Os docentes também citaram a empatia como significado de humanização.

Assim descrevem:

“Colocar-se no lugar do paciente, saber entender e compreender o que se passa com ele, cuidar da melhor forma, respeitando suas queixas e opiniões” (E 6).

“Colocar-se no lugar do outro [...], fazer pelo paciente e tratá-lo da forma que gostaríamos de ser tratados” (D 6).

“Tratar o próximo como gostaria de ser tratado, com amor, respeito, dedicação, como ser humano” (E 19).

“[...] Ser empático com as dores e necessidades do paciente” (E 2).

“Compreendendo melhor a dor do outro, praticando empatia [...] compreendendo suas angústias e dores” (E 10).

“Sempre me coloco no lugar do paciente, então procuro atendê-lo como eu gostaria que fizessem comigo” (E 16).

Para os investigados a empatia significa colocar-se no lugar do outro, compreendê-lo, ser solidário ao seu momento e tratá-lo como gostaríamos de ser tratados.

No estudo de Silva, Chernicharo e Ferreira (2011, p.383), os acadêmicos de enfermagem investigados “defenderam que, ao nos colocarmos no lugar do outro, despertamos também nossos sentimentos, e assim temos condições de avaliar e acolher como gostaríamos de ser tratados naquele instante”. A empatia é referida como uma forma de enxergar o outro como alguém da família, é tentar estar em seu lugar e fazer ao outro o que gostaria que fizessem por você (SPINELLI, 2014).

De acordo com as repostas dos egressos e docentes, a empatia é uma ação que deve ser realizada para uma assistência humanizada. Concordamos que praticando a empatia, o

profissional é capaz de compreender a situação que os pacientes vivenciam durante a internação e toda sua complexidade como ser humano, assim respeitar suas ideologias e escolhas, proporcionando uma comunicação efetiva, assegurando um atendimento humanizado.

4.3.3 Acolhimento

Segundo Trentini, Paim e Vásquez (2011, p.98), o acolhimento é pensado

como arte de interagir, construir algo em comum, descobrir nossa humanidade mais profunda na relação com os outros e com o mundo natural, esse imenso âmbito que inclui os sentimentos, emoções, intuições e subjetividades. O acolhimento em saúde é instrumento fundamental para o nascer bem, o viver saudável, o bem-estar, pois a condição humana saudável é fruto de seu relacionamento com o mundo.

Quando o paciente procura a instituição de saúde, ele busca respostas para seu problema e os profissionais irão recebê-lo e farão os procedimentos adequados para a mudança de seu quadro de saúde. Porém, é preciso que os momentos de comunicação entre profissional e usuário, sejam maiores que apenas troca de informação. “Desconsiderar [...] ou tratar o paciente com displicência, superficialidade ou mesmo pressa e desatenção às suas emoções não é só uma falha ética, mas, sim, um erro técnico que pode provocar danos no paciente e o fracasso do tratamento” (RIOS, 2009, p. 259).

Para que seja traçado um atendimento adequado ao perfil do paciente e sua patologia, o profissional deve criar um ambiente que promova segurança e conforto para o paciente.

Nessa categoria, apenas os egressos citaram o acolhimento como forma de humanização. Descreveram como uma atitude ou atendimento acolhedor, que busca sanar as dúvidas e angústias do paciente e promover seu conforto, segurança e bem estar:

“É a atitude na qual o profissional da área da saúde adota para tornar mais agradável e acolhedora na hora de prestar a assistência ao paciente” (E 4).

“[...] acolhimento do cliente [...], visando o melhor conforto, segurança, privacidade, compreensão e amor de forma individualizada” (E 19).

“Atendimento ao usuário de forma acolhedora, explicativa, onde serão sanadas suas dúvidas e ansiedades, buscando sempre o seu bem estar” (E 17).

“Mostrando carinho e comprometimento com o paciente, tentando passar a ele segurança, conforto, criando um vínculo” (E 5).

“[...]Conversar e ouvir o que eles tem para dizer[...].” (E 6).

Para os participantes do estudo de Spinelli (2014), o acolhimento deve ser feito com atenção, buscando confortar o paciente. Silva, Chernicharo e Ferreira (2011), descrevem que os docentes de enfermagem expressam que estratégias de acolhimento fazem parte da humanização.

O acolhimento deve ser realizado na base do diálogo, isto possibilita a construção de práticas (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011). O diálogo não deve ser uni lateral, é preciso ter uma compreensão aprofundada do outro (SIRINO, 2014).

De acordo com Brasil (2015) o acolhimento deve ser feito na assistência ao paciente, é um momento de realizar uma escuta qualificada. É uma oportunidade de saber interagir com o outro, realmente escutar o que o indivíduo tem a dizer, utilizando palavras de carinho (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011), “fazendo o uso da afetividade, sensibilidade e abertura para a escuta e o diálogo” (CASATE; CORRÊA, 2005, p.109), compreender o que foi dito e conversar sobre tudo que foi apresentado, “a compreensão, não somente da história de vida do paciente [...], mas também de suas necessidades biopsicossociais e espirituais” (LAZZARI; JACOBS; JUNG, 2012, p. 119). Assim, é possível conquistar a confiança do paciente e criar um elo entre eles, buscando soluções para os problemas.

Conforme documento da PNH, o acolhimento abrange a perspectiva ética, estética e política:

ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010, p. 6).

O acolhimento é uma das diretrizes da PNH, todavia, deve-se ressaltar que ele não foi citado pelos docentes, apenas pelos egressos.

Os egressos, mesmo descrevendo o acolhimento como significado ou prática da humanização, necessitam de um embasamento teórico sobre essa diretriz. O docente é o profissional responsável por ensinar e construir com os alunos, os saberes e práticas necessárias para a formação desses futuros profissionais. Ele pode realizar com os alunos, debates e discussões sobre as experiências vivenciadas em seu contexto social e da saúde, utilizar metodologias de ensino dinâmicas que favoreçam o aprendizado dos princípios, diretrizes, estratégias e ações da PNH e possibilitar experiências significativas, tanto práticas quanto intelectuais. Esperamos que os docentes preparem os alunos para exercerem a

humanização como política de saúde , dessa maneira, formarão profissionais aptos a contribuir para a qualidade da assistência e gestão da saúde.

4.3.4. Valorização do paciente

A promoção da saúde é a função primordial da enfermagem. De acordo com Trentini, Paim e Vásquez (2011, p. 96) “a razão da existência da enfermagem é prover assistência/cuidado específico a indivíduos, grupos, famílias e comunidade no seu processo saúde-doença”.

“O cuidado se produz no próprio ato de cuidar” (BARROS; GOMES, 2011, p. 63) e a enfermagem está diretamente associada ao ato de cuidar do outro (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014) e o cuidado é indissociável da humanização (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009). De acordo com Waldow e Borges (2011, p. 16) “humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, [...] conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis”.

Nessa perspectiva, os docentes e egressos relataram que a assistência humanizada deve atender as necessidades do paciente, deve ser realizado um cuidado que valorize todas as dimensões do ser humano e que os profissionais devem promover o protagonismo dos sujeitos.

“Humanização é colocar o paciente como o sujeito do cuidado, sempre em primeiro lugar, respeitando suas necessidades individuais, crenças, esclarecendo as dúvidas e oferecendo cuidado integral” (D 9).

[...] “ter o paciente como principal interessado aos cuidados, entender suas necessidades (E 3).

“Significa um atendimento humano voltado unicamente com o propósito de melhor atender as necessidades dos pacientes” (E 1).

Em referência a um cuidado holístico:

“Essencial, fundamental na prática e cuidado de enfermagem; um cuidado com o indivíduo na sua essência física, mental, social, vendo todas suas vertentes” (D 4).

“É ter um olhar holístico, sobre as verdadeiras necessidades físicas e emocionais que envolve o paciente [...]” (E 18).

“É ter a percepção e a sensibilidade um cuidado voltado não só para o corpo físico, mas também para o psíquico, com calor humano [...]” (E 10).

As respostas dos participantes da pesquisa sobre o protagonismo:

“[...] olhar o cliente/ paciente de forma holística, como sujeito participante do processo [...]” (D 3).

“Valorização dos indivíduos que procuram a assistência à saúde, incluindo-os no processo de assistência a sua saúde [...]” (D 1).

“Compreendo a humanização na saúde com o enfoque do cuidado/ assistência ao paciente/ usuário, este como protagonista de sua saúde e processos de cuidado [...]” (D 8).

De acordo com Rocha e Cavalho (2007), na opinião dos estudantes de graduação em enfermagem os principais conceitos de humanização destacados na pesquisa foram: tratar o paciente com respeito, atender as necessidades do cliente, tratar as pessoas como seres humanos e proporcionar cuidado holístico.

Para que assistência à saúde seja completa, é preciso valorizar todas as dimensões do ser humano, isto é, “cuidar do ser na sua totalidade, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual” (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p. 91).

O cuidado holístico, citado nas respostas apresentadas está de acordo com o que PNH propôs, a humanização “deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais” (BRASIL, 2008d, p. 63).

O protagonismo dos sujeitos é um dos princípios prezados pela PNH. Segundo a PNH o protagonismo “é a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos” (BRASIL, 2008d, p. 65). Todo o processo de assistência à saúde deve ser voltado para contemplar o paciente em todas suas vertentes e necessidades, proporcionando um acolhimento eficaz e um cuidado pautado na humanização. A PNH ainda descreve que o protagonismo, “no processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e corresponsáveis no processo de produção de sua própria saúde” (BRASIL, 2008d, p. 65).

Portanto, os relatos apresentaram um conceito de humanização como política, concebida como valorização do paciente, onde o profissional deve atender todas as necessidades dos pacientes, observando os aspectos biopsicossociais e deve estimular o protagonismo dos pacientes nas ações de saúde, em conformidade com o documento da PNH.

Entendemos que a humanização em seu significado político, que busca perceber o paciente de maneira integral, incluí-lo nos processos de saúde, instigá-lo a buscar alternativas e tomar decisões, possibilitariam maior efetividade e resultado no seu tratamento.

4.4 Humanização no Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem

A Resolução CNE/CEB nº 04/99, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC) para a Educação Profissional de Nível Técnico, consideradas como todas as orientações norteadoras para organização e planejamento de cursos de nível técnico. A Resolução descreve que a escola tem autonomia para delinear o seu projeto pedagógico, desde que seja condizente com as DNC, que inclua competências profissionais gerais de acordo com a área profissional, cumpra as cargas horárias mínimas de cada habilitação, atualize os cursos e currículos e que o curso seja planejado atendendo as demandas dos cidadãos, do mercado e da sociedade (BRASIL, 1999a).

Com as transformações sociais, econômicas, políticas e tecnológicas da sociedade brasileira, há a necessidade de novas qualificações profissionais (BAGNATO *et al*, 2007) e mudanças nas concepções da educação profissional. Os currículos devem ser elaborados visualizando as alterações da sociedade e suas exigências.

Atualmente busca-se desenvolver no aluno, competências, alterando a visão dos currículos focados em conteúdos (BRASIL, 2000b).

As competências enquanto ações e operações mentais, articulam os conhecimentos (o “saber” [...]), as habilidades ([...] o “saber fazer”) e os valores, as atitudes (o “saber ser“ [...] constituídos de forma articulada e mobilizados em realizações profissionais com padrões de qualidade requeridos, normal ou distintivamente, das produções de uma área profissional (BRASIL, 2000b, p.10).

Esse novo perfil de educação profissional “desloca o foco do trabalho educacional do ensinar para o aprender, do que vai ser ensinado para o que é preciso aprender no mundo contemporâneo e futuro”(BRASIL, 2000b, p.10).

A formação deve voltar-se para a emancipação humana (PEREIRA; RAMOS, 2006), que forme trabalhadores que pratiquem o respeito pelo próximo, desenvolva no aluno a solidariedade, autonomia, criatividade, responsabilidade, valores éticos e humanos (BRASIL, 1999b), que considere as necessidades do trabalhador (BAGNATO *et al*, 2007), além de proporcionar conhecimentos técnicos científicos e habilidades laborais.

Analisando o PPP do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU, verificamos que são descritos nos objetivos, a formação de profissionais com perfil mais engajados, dinâmicos, seguros e que buscam o exercício da cidadania (ESTES, 2004, p.):

Desenvolver no aluno conhecimentos e habilidades para o exercício profissional na Qualificação de Auxiliar de Enfermagem e Habilitação de Técnico em Enfermagem; Possibilitar ao aluno o desenvolvimento de competências básicas para autorrealização, bem como, no exercício da cidadania; Inserir no mercado de trabalho, profissionais qualificados e competentes para atuarem nos diversos campos

de prestação de serviços de Auxiliar e Técnico de Enfermagem. Atender a demanda de mercado de trabalho local e regional oferecendo profissionais: responsáveis, competitivos e criativos; Acompanhar a tendência de mercado, oferecendo profissionais aptos e receptivos aos avanços científicos e tecnológicos mais eficientes e seguros, na prática da profissão e atingir os objetivos fins com segurança.

Estimular competências necessárias para o exercício profissional, abrangendo conhecimentos e habilidades técnicas, assim como aptidões humanas, condizem com o que a CNE/CEB nº 16/99 estabelece. Ela descreve que “a qualidade da preparação para o trabalho dependerá cada vez mais do reconhecimento e acolhimento de diferentes capacidades e necessidades de aprendizagem” (BRASIL, 1999b, p. 21), e afirma que a educação profissional deve assegurar valores como competência, responsabilidade, criatividade, valorização do trabalho, entre outros atributos.

Na área da saúde, desde a criação da Política Nacional de Humanização, busca-se desenvolver uma cultura de humanização nos profissionais da saúde e “que deve estender-se, também à formação educacional dos profissionais de saúde” (BRASIL, 2001, p. 5).

A PNH almeja a qualidade e humanização da assistência e gestão à saúde, buscando o reposicionamento e valorização dos sujeitos, aprimorando as relações interpessoais (BRASIL, 2004b). “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004b, p. 6).

A humanização deve, portanto, fazer parte da formação dos profissionais de saúde, para que futuros profissionais exerçam seu trabalho valorizando a equipe e o usuário de saúde, sejam indivíduos atuantes e prestem uma assistência humanizada, que fortaleça e qualifique os serviços de saúde.

Nessa perspectiva, avaliamos a abordagem da humanização no PPP do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU.

Durante a análise do documento, abrangendo a justificativa e objetivos, perfil profissional de conclusão e organização curricular, verificamos que a palavra humanização e PNH não foram descritas, porém foram mencionados termos que fazem referência sobre a humanização. Identificamos os seguintes termos correlatos presentes no PPP: cidadania e direitos do cidadão, ética, solidariedade, conduta humana, assistência integral à saúde e visão holística, autonomia, relações humanas, comunicação interpessoal, interagir com a equipe.

Nos estudos de Lima *et al* (2011), Almeida e Chaves (2009), Carvalho *et al* (2016), os autores verificaram a inserção da humanização nos currículos de Graduação em Enfermagem e identificaram a presença de termos que fazem referência à humanização na saúde. Corsino

e Sei (2019) fizeram essa mesma abordagem nos cursos de saúde: Medicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, constataram que os cursos que abordaram o tema humanização, foram Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Gonzaga (2009) e Abreu (2016) analisaram o PPP dos Cursos Técnicos de Enfermagem da Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS) de Palmas e do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG) campus Januária, respectivamente e constataram que houve a abordagem de termos sobre humanização nos cursos avaliados.

Os termos encontrados no PPP do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU, contemplaram vários elementos da humanização conceituada como valores humanos: solidariedade, conduta humana, relações humanas, comunicação interpessoal.

Entende-se por humanização no sentido da palavra, atribuído anteriormente à PNH, a prática de valores do ser humano, “humanização é trazer à luz nossa humanidade – virtude” (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009, p. 351). Com relação ao que a PNH propõe os termos identificados foram: cidadania e direitos do cidadão, ética, assistência integral à saúde e visão holística, autonomia, relações humanas, comunicação interpessoal, interagir com a equipe.

No documento da PNH foram descritos princípios, diretrizes e dispositivos para promover a humanização nos serviços de saúde. Os princípios são a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e as diretrizes e dispositivos, são o acolhimento, a ambiência, a clínica ampliada, a defesa dos direitos dos usuários, a valorização do trabalhador, o fomento das grupalidades, Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), entre outras estratégias (BRASIL, 2008d).

Cabe ressaltar, que a PNH afirma que a humanização é estabelecida com

a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (BRASIL, 2004b, p.8).

Essas atitudes devem fazer parte da organização curricular dos cursos de nível técnico, segundo as DNC. São considerados princípios estéticos, ou estética da sensibilidade, busca a prática do respeito ao próximo, a valorização da diversidade e da competência profissional a criatividade, a qualidade dos serviços prestados, entre outros. Os valores éticos ou ética da identidade, visa desenvolver no aluno a solidariedade, autonomia, responsabilidade, a busca

da igualdade, condutas éticas. A política da igualdade é a constituição de competências laborais, de forma a valorizar o trabalho (BRASIL, 1999b).

Segundo Casate e Corrêa (2006, p. 324), “a formação em enfermagem tem valorizado a inclusão de conteúdos que abordam o homem em sua dimensão humana, [...] na tentativa de ampliar a perspectiva biológica, clínica e técnica do cuidar em saúde”. Todavia, as autoras verificaram que muitas vezes os conteúdos não fazem articulação entre teoria e prática e existe um predomínio do saber técnico sobre o saber humano, prevalecendo a execução de técnicas acima da compreensão do paciente na integralidade.

Os currículos voltados para o ensino de conhecimentos pautados na anatomia patológica (SCHOELLER, 2002), que prioriza o fator biológico, tornando a doença um objeto de trabalho (PESSINI; BETARCHINO, 2006), essencialmente científicos, com disciplinas isoladas (CASATE; CORRÊA, 2012), reforçam um ensino desarticulado.

A trajetória histórica da educação profissional é marcada por práticas hegemônicas, autoritárias e fragmentadas. Entretanto, é possível observar que as recentes propostas de formação profissional têm se preocupado e contribuído para a formação e educação de um cidadão mais engajado socialmente (ABREU, 2016, p. 86).

De acordo com a Resolução CNE/CEB nº 06/2012, os currículos devem proporcionar aos estudantes “recursos para exercer sua profissão com competência, idoneidade intelectual e tecnológica, autonomia e responsabilidade [...]”.

O currículo do Curso Técnico em Enfermagem deve ser organizado de forma a abordar o homem em sua totalidade, associar conhecimentos teóricos com as práticas e contextos de saúde, possibilitar novas abordagens que contemplem a humanização como política na assistência e gestão à saúde. Verificamos que o PPP apresenta termos pertinentes à humanização, porém, como falar de humanização sem mencioná-la? Há uma lacuna que deve ser preenchida. Nesse contexto, defendemos inserir o conteúdo e a prática da humanização na saúde como política (PNH), durante todo o curso e não apenas a intenção de abordá-lo, fazendo de forma a articular o saber, com o fazer e com o ser, proporcionando ao aluno uma formação humanística.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização na saúde é uma atitude, uma prática que promove nos serviços de saúde a qualidade do atendimento, a valorização do indivíduo, a interrupção da desumanização. Era discutida no Brasil, desde a década de 1950 e assumia um significado subjetivo, uma concepção que remetia a natureza humana, de preocupar-se com o bem do paciente, possibilitar um cuidado personalizado, com atenção, preocupação, acolhimento.

Todavia, era necessário investir em medidas mais incisivas para modificar o cenário precário da saúde pública, nesse contexto o Ministério da Saúde criou uma política específica de humanização dos serviços de saúde, a Política Nacional de Humanização, que propõe uma gama de ações e estratégias para fortalecer e qualificar o SUS. A PNH deve ser disseminada, construída e exercida tanto nos ambientes de saúde como nas instituições de formação dos profissionais, para alcançar efetivamente a qualidade da assistência e gestão da saúde.

Nessa perspectiva buscamos compreender os significados de humanização na saúde atribuídos pelos docentes e egressos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU e como o Projeto Político Pedagógico do curso aborda o tema humanização.

Objetivamos compreender as concepções que os participantes possuem sobre a humanização, uma vez que, eles estão inseridos no contexto da saúde, nos momentos de ensino ou aprendizagem nas aulas práticas, nos estágios ou como futuros profissionais e desenvolverão suas competências de acordo com o que entenderam, internalizaram e constituíram sobre a humanização. Quanto maior o conhecimento sobre as estratégias da PNH, maior a possibilidade de aplicá-las e intervir no ambiente de serviço.

De acordo com os resultados obtidos dos questionários, os docentes e egressos, descreveram a humanização vinculada às atitudes e ações de querer bem ao paciente. Eles relataram que buscam prover um cuidado de qualidade, com amor, respeito, atenção, sensibilidade, empatia, entre outras características de valores humanos. Relataram também que a humanização é feita acolhendo e valorizando o paciente, proporcionando um cuidado holístico e estimulando seu protagonismo, conforme perspectiva da PNH. Constatamos que os participantes enfatizaram a humanização como aspectos subjetivos, relacionados à natureza humana e a humanização como política, foi pouco abordada.

Ressaltamos que, para que a humanização seja realizada de maneira efetiva, o docente deve abordar seu conceito político, uma vez que a PNH promove a humanização na saúde de

forma efetiva e sistematizada, incluindo, valorizando e beneficiando todos os sujeitos envolvidos no processo de saúde.

Todos os docentes do curso possuem pós-graduação, sendo que 70% já são mestres, portanto entendemos que são profissionais qualificados e, no exercício da docência é preciso constantes aprimoramentos dos conhecimentos para uma prática pedagógica de qualidade. Nesse sentido, compreendemos que atualização docente sobre a humanização como conceito político, possibilita transmitir, praticar e construir os novos saberes com alunos. Eles devem repassar todos os critérios, orientações, ações da PNH, para que a humanização seja reconhecida pelos estudantes como uma estratégia que promove a qualificação da assistência à saúde.

Outro aspecto abordado na pesquisa foi a presença do tema humanização no PPP do curso, que resultou na ausência da palavra humanização ou PNH, porém, foram encontrados termos relacionados ao que a humanização estabelece como: cidadania e direitos do cidadão, ética, solidariedade, conduta humana, assistência integral à saúde e visão holística, autonomia, relações humanas, comunicação interpessoal, interagir com a equipe. Esses termos possibilitam o entendimento que a humanização, em alguns aspectos é abordada nas disciplinas do curso, mas, cabe ressaltar que os termos não contemplam a humanização na saúde na sua amplitude e a palavra humanização, que é a base desse estudo não foi mencionada, possibilitando a compreensão de que o tema é abordado de maneira superficial ou fragmentada.

Entendemos que a humanização em seu significado político, conforme foi estabelecida pela PNH, deve ser inserida no currículo do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU de maneira clara, detalhada, abrangendo todo o documento da PNH e que sua abordagem se dê de forma a passar toda a formação do aluno, que seja considerado um tema transversal. O currículo do curso deve ser estruturado de forma que os conhecimentos sejam integrados entre as disciplinas, a teoria e prática da humanização constituam-se de maneira articulada e relacionada ao contexto social e de saúde do país e o aluno desenvolva habilidades técnicas e emocionais necessárias para uma assistência à saúde de qualidade.

Cabe reforçar, que os docentes são os agentes realizadores dessa mudança, é preciso que eles avaliem as melhores estratégias e metodologias de ensino e aprendizagem sobre a humanização na saúde. Eles devem estimular sua discussão e prática, porque a humanização quando vivenciada e aprendida é incorporada na forma de ser e agir do estudante. Portanto, os docentes do Curso Técnico em Enfermagem devem trabalhar a humanização em todos os seus aspectos, até aqui discutidos, cooperando para a edificação de um aluno autêntico,

problematizador, participativo, responsável, atuante, que realize uma assistência humanizada, saiba construir relações e transformar realidades.

6 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA- MINICURSO E PROJETO DE EXTENSÃO

6.1 Proposta formativa para docentes –Minicurso

Introdução

Há escolas de ensino profissionalizante que priorizam a transmissão de conhecimentos, o cumprimento de instruções e a máxima eficiência do aluno, pensando no preparo do profissional para o mercado de trabalho competitivo, estimulando as habilidades e destrezas manuais e não investindo no aluno como ser social, sujeito principal da educação.

Segundo Marques e Bernardes (2018, p. 90),

a pedagogia da racionalidade- técnica não é apta para formar seres humanos sensíveis, preocupados com sua situação social ou tendentes a trabalhar em uma mudança nas precariedades sociais. Fixado num rígido sistema de regras predeterminadas, inexistente uma formação humanística.

Freire (1969) descreve que há duas posições educativas: a visão bancária e a concepção humanista. A concepção bancária ele considera aquela que transforma o homem em coisa, o domestica, deposita conhecimentos, permite o distanciamento entre educador e educando, sempre o primeiro considerado aquele que fala, que disciplina, que sabe. Essa concepção nega o homem e suas relações, torna o educando um ser passivo. A concepção humanista é o oposto da concepção bancária, ela respeita o homem como pessoa, como um ser de opções, de relações com o mundo e com os outros, um ser histórico, ela estimula a criatividade, a inquietação, a reflexão e busca transformar o homem.

É essencial que a educação profissional em enfermagem assuma essa concepção humanista, que altere suas metodologias tradicionais da visão bancária, uma educação que incentive a valorização humana, estimule o crescimento intelectual e pessoal dos educandos, fortaleça as capacidades emocionais, tornando-o um profissional apto a estabelecer conexões, se relacionar com o outro, transformar o mundo.

Nesse sentido, as instituições de ensino de nível técnico em enfermagem devem seguir o caminho da mudança, devem investir em uma educação que contemple o homem em todas as suas vertentes, precisam se atualizar, buscar novas estratégias de ensino e acrescentar competências necessárias à formação do aluno.

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (RIOS, 2009, p.255).

A inserção dos conceitos teóricos e práticos da humanização na saúde, sob a perspectiva da Política Nacional de Humanização (PNH) nos currículos, possibilita a formação de profissionais que saibam lidar com o próximo, construa saberes baseados nas estratégias da PNH e utilize o que foi aprendido durante o curso nas suas atividades de assistência à saúde.

A formação consiste numa importante estratégia de consolidação e capilarização da PNH não apenas pelo que contribui com sua divulgação e ampliação do número de parceiros, mas pelo que resulta de ações concretas no campo da saúde, já representando em si um meio de implementação da própria Política de Humanização (PAVAN *et al.*, 2010, p.74).

É preciso construir uma cultura de humanização para transformar o ambiente da saúde e para essa meta ser alcançada o professor deve auxiliar nesse processo.

O professor é o responsável por construir os caminhos dos saberes, da autonomia, do pensamento crítico aos alunos. Ele é mediador dos conhecimentos (MARQUES; BERNARDES, 2018), deve ser um facilitador da aprendizagem, proporcionar experiências de aprendizagem significativas (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA 2011), realizar uma educação baseada na dialogicidade, na problematização do homem- mundo, na valorização do homem e de suas relações (FREIRE, 1969).

Marques e Bernardes (2018, p.40), descrevem que um professor com uma postura dialética, deve fazer uma “avaliação reflexiva da situação de desenvolvimento da prática educacional [...] para perceber e superar limites comunicacionais, cognitivos e emocionais [...] que impeçam o cumprimento do objetivo proposto”. O ato de ensinar requer estudo, planejamento e reflexão acerca das práticas pedagógicas.

Portanto, o professor deve buscar aperfeiçoar o ato de ensinar e posicionar-se a favor de promover uma educação baseada na concepção humanística.

Justificativa

A PNH está inserida no contexto do SUS e nos processos de formação dos profissionais da saúde. Ela pretende “amplificar a abrangência do método da PNH, incluindo

novos atores nos processos de formação-intervenção (PAIVA *et al*, 2010, p. 76). A formação que difunde seus conceitos, instiga o aluno a intervir e melhorar o serviço de saúde que estiver inserido.

Nossa concepção de formação como intervenção se afirma na indissociabilidade entre pensamento e vida, entre invenção de si e de mundo, trazendo para o debate das políticas de formação em saúde o desafio teórico-metodológico de construção de práticas que incluam o cotidiano dos serviços, seus desafios e suas relações com os modos de fazer o cuidado e a gestão no território. Práticas que incluam e sejam permeadas pelas experiências que os sujeitos-alunos trazem em sua história de relações nos territórios de vida-trabalho (NEVES *et al*, 2010, p. 45).

A PNH tem como meta possibilitar a interação do aluno com os processos de saúde, “um exercício indissociável da experimentação, do convívio, da troca entre sujeitos em situações reais e concretas do cotidiano dos serviços” (PASCHE, 2010, p. 68). Diante da possibilidade de uma mudança positiva da assistência e gestão em saúde, oferecendo estratégias para sua qualidade e humanização, entendemos que é basilar abordá-la nos Cursos de Enfermagem, em particular no Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU.

. De acordo com o documento, a Humanização se define em:

umentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004b, p. 7).

A PNH estabelece orientações para fortalecer, qualificar e humanizar o SUS, incluindo, incentivando e valorizando todos os sujeitos envolvidos no processo de saúde. “A Humanização é uma aposta metodológica, um certo modo de fazer, lidar e intervir sobre problemas do cotidiano do SUS” (PASCHE, 2010, p. 66).

Os docentes devem abranger todos os conhecimentos estabelecidos pela PNH durante a formação dos alunos. Nessa perspectiva, os docentes devem ser sensibilizados e formados a respeito da PNH, para realizarem uma abordagem da política de humanização de maneira efetiva, completa e construir a cultura da humanização nos seus alunos. Propomos, portanto, um minicurso a ser ofertado aos docentes do Curso Técnico em Enfermagem, que abordará o documento PNH.

Objetivo geral

Ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização, dos docentes do Curso Técnico em Enfermagem, da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

Objetivos específicos

Discutir e refletir sobre a prática da humanização na saúde de acordo com a metodologia da PNH, na formação do aluno.

Promover o embasamento teórico sobre a Política Nacional de Humanização no processo da formação continuada docente.

Público almejado

Docentes do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde/UFU.

Tempo estimado

Propõe-se o desenvolvimento do minicurso em 12 horas.

Tema de estudo

Política Nacional de Humanização.

A PNH foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, “como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS” (BRASIL,2004b, p. 6). Ela define princípios, diretrizes e dispositivos para alcançar a humanização da assistência e da gestão da saúde.

Como princípios apresenta a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Como diretrizes o acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2015).

Estas diretrizes – orientações ético-políticas – estabelecem os rumos para a construção e experimentação de dispositivos, que são arranjos de processos de trabalho para alterar a dinâmica de organização do trabalho, permitindo a construção de novas realidades institucionais, que permitam a emergência de novos modos de gerir e de cuidar (PASCHE, 2010, p. 67).

A humanização descrita pela PNH se baseia na inclusão, a participação e protagonismo dos indivíduos nos processos de saúde. Ela busca aprimorar as relações interpessoais, incentiva a valorização dos sujeitos, propõe ambientes acolhedores e confortáveis, propõe uma assistência e gestão humanizadas (BRASIL, 2004b).

Meta referente ao tema

- Apresentação, análise da Política Nacional de Humanização- Humaniza SUS e reflexão sobre a prática da humanização na saúde na formação do aluno- será alcançada por meio de aula expositiva, debate e reflexões sobre o assunto.

Metodologia

Encontro 1: Será realizado um momento de discussão com os docentes sobre a humanização e desumanização, abordando seus significados compreendidos por cada docente. Após debate e análise das principais características sobre a humanização será apresentado o documento da PNH.

Encontro 2: No segundo encontro retornaremos às apresentações das estratégias, princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.

Encontro 3: No início do encontro serão passados vídeos disponíveis na página da Rede Humaniza SUS sobre as diretrizes, dispositivos e princípios da PNH. Em seguida, será feita uma roda de conversa sobre as metodologias que os docentes utilizam para a construção da

humanização na formação do discente do Curso Técnico em Enfermagem, discutindo experiências que tiveram êxito, métodos ativos para disseminação e prática do conhecimento sobre a PNH.

Recursos Materiais

Para os encontros serão utilizados recursos tecnológicos como data-show, computador, caixa de som e outros suportes para a realização deste minicurso.

Cronograma de execução 2020:

Encontro	Ações	Carga Horária
1	Discussão com os docentes sobre a humanização e desumanização, abordando seus significados compreendidos por cada docente. Apresentação documento da PNH.	4horas
2	Apresentações das estratégias, princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.	4horas
3	Serão passados vídeos disponíveis na página da Rede Humaniza SUS sobre as diretrizes, dispositivos e princípios da PNH. Realização de roda de conversa sobre as metodologias que os docentes utilizam para a construção da humanização na formação do discente do Curso Técnico em Enfermagem, discutindo experiências que tiveram êxito, métodos ativos para disseminação e prática do conhecimento sobre a PNH.	4horas

O minicurso será realizado após verificar com os docentes datas que possibilitem a participação de todos, no segundo semestre de 2020.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS -Política Nacional de**

Humanização: a humanização como eixo norteadoras das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11892.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf Acesso em: 10 set. 2019.

6.2 Projeto de extensão para egressos e alunos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU

Introdução

A humanização na saúde, durante muito tempo foi abordada como uma prática de valores humanos, na qual o profissional de saúde, em específico da enfermagem, cuidava do paciente, colocando em prática virtudes necessárias para um atendimento humanizado.

A enfermagem era considerada o centro da assistência humanizada, o que era encarado como algo natural, inerente à profissão, já que ela englobava atributos como amor, compaixão, tolerância, benevolência, dedicação, compreensão, respeito ao próximo, valorização do homem, de seus problemas e aspirações e, principalmente atenção ao elemento espiritual (OLIVEIRA; KRUSE, 2006, p. 79).

Porém, esse conceito de humanização focada nas qualidades do homem foi alterado. Em 2003, a humanização se tornou uma política pública, quando o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS).

A PNH apresentou a humanização como estratégia para alcançar a qualidade da assistência e da gestão em saúde (BRASIL, 2004b). “A PNH tem se afirmado em defesa do direito à saúde, em defesa da vida e em defesa da democracia nas organizações, respondendo a uma demanda social por humanização na atenção e na gestão” (BRASIL, 2012, p. 6).

Essa política de humanização tem sido inserida nos ambientes de saúde e na formação dos profissionais de saúde. É preciso que aconteça abordagem da humanização como política nos currículos dos cursos de saúde para desenvolver no aluno uma cultura de humanização.

Justificativa

Na área da saúde há uma grande quantidade de profissionais inseridos no mercado de trabalho, que desempenham suas atribuições de maneira eficiente, com bons conhecimentos teóricos e ótimas habilidades práticas, porém, realiza a assistência de maneira automática, autoritária, distante, com problemas de comunicação com o paciente e dificuldade de relacionamento social com a equipe de trabalho.

Neste contexto, a melhoria do atendimento da população requer investimento nos serviços de saúde, mas também, na formação dos profissionais, para que consigam transformar o ambiente de saúde, a assistência e gestão.

A humanização na saúde tem sido abordada nas Graduações de saúde (CORSIN; SEI, 2019) e nos Cursos Técnicos em Enfermagem (ABREU, 2016, GONZAGA, 2009) no decorrer dos anos.

É importante, [...] o ensino de humanização pautar-se na Política Nacional de Humanização, sendo feitas algumas aproximações teóricas com uma visão que extrapola a compreensão do ser humano como individual e do processo saúde-doença como limitado à dimensão biológica. Assim, [...], é indicada uma compreensão de ser humano como construção histórico-social, sendo considerada a sua dimensão de sujeito como fundamental no cuidado em saúde (CASATE; CORRÊA, 2012, p. 225).

Aplicamos um questionário aos docentes e egressos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU, abordando seus saberes sobre humanização e analisamos o PPP do curso, buscando identificar o tema humanização.

Verificamos que os docentes e egressos atribuem significados de humanização mesclando o conhecimento de humanização como concepção humana e como política. As respostas comuns encontradas foram categorizadas em Humanização na saúde: atitudes humanas, empatia, acolhimento e valorização do paciente.

E no PPP foram encontrados termos que condizem com o que a humanização estabelece, como: cidadania e direitos do cidadão, ética, solidariedade, conduta humana, assistência integral à saúde e visão holística, autonomia, relações humanas, comunicação interpessoal, interagir com a equipe.

Percebemos que ainda é tímida a abordagem da humanização como política, no Curso Técnico em Enfermagem da ESTES. Os significados atribuídos por docentes e egressos e os termos utilizados no PPP, ainda fazem referência à humanização como concepção humana.

Esse diagnóstico nos motivou propor a realização de um Projeto de Extensão para os egressos, que aborde a humanização na sua diversidade de conceitos e sua evolução na área da saúde, resultando na PNH com o objetivo de analisar os princípios, diretrizes e estratégias da política pública.

Objetivo geral

Ampliar e aprofundar os conhecimentos sobre Humanização na saúde e a Política Nacional de Humanização, de egressos do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

Objetivos específicos

Discutir e dialogar com as questões ligadas à humanização e desumanização no ambiente da saúde vivenciados pelos sujeitos.

Refletir sobre a prática da humanização na saúde, enfocando a PNH.

Promover o embasamento teórico sobre a Humanização na saúde e Política Nacional de Humanização.

Público almejado

Egressos, alunos do Curso Técnico em Enfermagem da ESTES/UFU e comunidade acadêmica.

Tempo estimado

Propõe-se o desenvolvimento do Projeto de Extensão em 30 horas.

Tema de estudo

Política Nacional de Humanização.

A humanização na saúde suas concepções, evolução, programas de humanização e PNH.

De acordo com Oliveira e Kruse (2006, p. 82), muitos são os significados sobre a humanização na saúde, como:

a comunicação interpessoal efetiva, a aplicação integral do conhecimento do profissional que presta assistência, a fundamentação na teoria humanística, o reconhecimento da autonomia das pessoas, o respeito à tomada de decisão individual, o direito a informação, a atenção aos aspectos éticos envolvidos no cuidado, a presença do usuário nas decisões que envolvem as políticas de saúde, a inclusão de práticas alternativas de tratamento de doenças, a implementação do acolhimento, o vínculo entre a equipe de saúde e o usuário e a comunidade da qual ele faz parte, o acesso universal aos serviços de saúde do micro ao macro local, o reconhecimento de todos os profissionais envolvidos na atenção como essenciais para a sua efetivação, a modificação estrutural e ambiental dos locais de atendimento, a empatia, o ouvir, o cuidado individualizado, a visão holística do paciente, as novas formas de gestão das instituições, a necessidade de sensibilização dos dirigentes e idealizadores das políticas de saúde e o investimento na qualidade da assistência e dos programas de saúde.

Todas essas ações, estratégias e conceitos, devem ser abordados e compreendidos, possibilitando que o futuro profissional esteja preparado para realizar uma assistência à saúde de qualidade, humanizada, resolutiva e com segurança.

Meta referente ao tema

- Compreender os diferentes significados de humanização e desumanização na saúde— será alcançada por meio de vídeos, filmes, leitura de artigos científicos, aulas expositivas, roda de conversa, debates, atividades práticas.

Metodologia

Aula 1: Num primeiro momento será passado um filme sobre humanização (Patch Adams- O amor é contagioso) e feita discussão e análise dos pontos referentes à humanização e desumanização abordados.

Aula 2: Será destinado um período para a leitura de artigos que destacam as diferentes visões sobre a humanização no decorrer das décadas no país, em seguida serão agrupados os participantes e haverá um momento para exporem as concepções encontradas nos textos.

Aula 3: Haverá uma roda de conversa sobre as situações vivenciadas no cotidiano escolar, de estágio ou do serviço no ambiente de saúde de humanização e desumanização e será passado um filme (Um golpe do destino) que reflete sobre os aspectos humanizantes e desumanizantes presentes na área da saúde.

Aula 4: Apresentação de vídeos sobre saúde, humanização e desumanização e debate sobre os reflexos na vida profissional e pessoal dos sujeitos participantes.

Aula 5: Prática em laboratório- Os participantes serão colocados em grupos e organizarão uma apresentação simulando situações de humanização e desumanização.

Meta referente ao tema

- Conhecer programas e políticas públicas de humanização- será alcançada por meio de aulas expositivas e atividades práticas.

Metodologia

Aula 6: Aula teórica sobre o SUS e sua relação com a humanização e programas específicos lançados pelo Ministério da Saúde para humanizar a assistência.

Meta referente ao tema

- Descrever a Política Nacional de Humanização- Humaniza SUS- será alcançada por meio de aula expositiva, apresentação de vídeos e discussões sobre o assunto.

Metodologia

Aula 7: Serão passados vídeos disponíveis na página da Rede Humaniza SUS sobre as diretrizes, dispositivos e princípios da PNH, em seguida verificado quem conhece esse documento norteador das práticas de humanização e quais estratégias utilizam no seu dia a dia de assistência à saúde.

Aula 8: Aula teórica sobre PNH, abordando seus princípios e após explanação realizado momento de discussão sobre sua prática.

Aula 9: Aula teórica sobre PNH, abordando suas diretrizes e dispositivos e em seguida, realizado momentos de discussão sobre sua prática.

Aula 10: Inicialmente será colocado o vídeo “Cordel”, da página da Rede Humaniza SUS. Depois será feito um momento de prática, onde os participantes em dupla realizarão a atividade de acolhimento de acordo com as orientações da PNH. Após o momento de interação será realizado uma roda de conversa para discutir se o Projeto de Extensão conseguiu alcançar seus objetivos.

Avaliação do projeto:

Os participantes ao final da prática e responderão uma ficha avaliativa, abordando as seguintes questões:

1. Qual é a importância da Humanização na saúde?
2. Ficou claro os aspectos relacionados ao conceito de humanização e PNH? Quais as diferenças observadas?
3. O que a PNH estabelece como princípios, diretrizes e dispositivos?
4. Quais foram os aspectos positivos do Projeto de Extensão?
5. Descreva sugestões para melhorá-lo.

Recursos Materiais

Para os encontros serão utilizados materiais como artigos científicos, folhas de papel A4 para impressão da ficha avaliativa e recursos tecnológicos como data-show, computador, caixa de som e outros suportes para a realização deste projeto.

Cronograma de execução 2020:

Aula	Ações	Carga Horária	Periodicidade
1	Filme sobre humanização (Patch Adams- O amor é contagioso) e feita discussão e análise dos pontos referentes à humanização e desumanização abordados.	3 horas	Semanalmente
2	Leitura de artigos que destacam as diferentes visões sobre a humanização no decorrer das décadas no país, em seguida serão agrupados os participantes e haverá um momento para exporem as concepções encontradas nos textos.	3 horas	Semanalmente
3	Roda de conversa sobre as situações vivenciadas no cotidiano escolar, de estágio ou do serviço no ambiente de saúde de humanização e desumanização e será passado um filme (Um golpe do destino) que reflete sobre os aspectos humanizantes e desumanizantes presentes na área da saúde.	3 horas	Semanalmente
4	Apresentação de vídeos sobre saúde, humanização e desumanização e debate sobre os reflexos na vida profissional e pessoal dos sujeitos participantes.	3 horas	Semanalmente
5	Prática em laboratório- Os participantes serão colocados em grupos e organizarão uma apresentação simulando situações de humanização e desumanização.	3 horas	Semanalmente
6	Aula teórica sobre o SUS e sua relação com a humanização e programas específicos lançados pelo Ministério da Saúde para humanizar a assistência	3 horas	Semanalmente
7	Serão passados vídeos disponíveis na página da Rede Humaniza SUS sobre as diretrizes, dispositivos e princípios da PNH, em seguida verificado quem conhece esse documento norteador das práticas de humanização e quais estratégias utilizam no seu dia a dia de assistência à saúde.	3 horas	Semanalmente
8	Aula teórica sobre PNH, abordando seus	3 horas	Semanalmente

	princípios e após explanação realizado momento de discussão sobre sua prática.		
9	Aula teórica sobre PNH, abordando suas diretrizes e dispositivos e em seguida, realizado momentos de discussão sobre sua prática.	3 horas	Semanalmente
10	Será apresentado o vídeo “Cordel”, da página da Rede Humaniza SUS. Será feito um momento de prática, onde os participantes em dupla realizarão a atividade de acolhimento de acordo com as orientações da PNH. Após o momento de interação será realizado uma roda de conversa para discutir se o Projeto de Extensão conseguiu alcançar seus objetivos.	3 horas	Semanalmente

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS -Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteadoras das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2008. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11892.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF, 2015. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf Acesso em: 10 set. 2019.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100017>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D.; FERREIRA, M. A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 156-162, mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140023>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100156&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 ago. 2019.

OLIVEIRA, C.P, KRUSE, M.H.L. A humanização e seus múltiplos discursos - análise a partir da REBEn. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 78-83, fev. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a15v59n1.pdf>. Acesso em: 02 jul.2019.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. J. V. D. **Avaliação do curso técnico em enfermagem sob o enfoque da humanização**. 2016. 147 f. Dissertação (Mestrado profissional)- Programa de Pós- graduação em Ensino em Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2016. Disponível em: <http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/1051>. Acesso em: 13 ago. 2019.
- ALMEIDA, D.V; CHAVES, E. C. O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem. **Revista Einstein**, São Paulo, v.7, n. 3, p. 271-278, 2009. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1233-Einstein%20v7n3p271-8_port.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.
- ALTRUÍSTA. *In: Dicionário da língua portuguesa*. Lisboa: Priberan Informática, 2020. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/altru%C3%ADsta>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- ANDRADE, M. N.; ARAUJO, L. C. A.; LINS, L. C. S. Estágio curricular: avaliação de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 42, n. 1-2-3-4, p. 27-41, dez. 1989. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-7167198900010000005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671989000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 dez de 2019.
- ARAUJO, R. M. L; RODRIGUES, D. S. Referências sobre práticas formativas em educação profissional: o velho travestido de novo frente ao efetivamente novo. **A Revista da Educação Profissional**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 51-63, maio/ ago. 2010. Disponível em: <http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/218/201>. Acesso em: 25 nov. 2019.
- BAGNATO, M. H. S *et al*, L. Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n. 2, p. 279- 286, jun. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200015. Acesso em: 15 abr. 2014.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: 70. ed. 1995.
- BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 641-658, set./dez. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000300013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922011000300013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 jan. 2019.
- BRASIL. **Decreto nº. 7.566, de 23 de setembro de 1909**. Créa nas capitais dos Estados da Escolas de Aprendizes Artífices, para o ensino profissional primário e gratuito. Rio de Janeiro, 1909. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-7566-23-setembro-1909-525411-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 14 jan. 2019.
- _____. **Decreto nº. 19.402, de 14 de novembro de 1930**. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1930. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937.** Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. **Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949.** Dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1949. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/federal/1930-1949/L775.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. **Decreto-lei nº 4.127, de 25 de fevereiro de 1942.** Estabelece as bases de organização da rede estabelecimentos de ensino industrial. Rio de Janeiro, 1942. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4127-25-fevereiro-1942-414123-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 14 jan. 2019

_____. **Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961.** Fixa as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1961. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4024-20-dezembro-1961-353722-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. **Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971.** Fixa as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Brasília, DF, 1971. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5692.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. **Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973.** Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5905.htm. Acesso em: 12 out. 2109.

_____. **Lei nº 7.044, de 18 de outubro de 1982.** Ementa: Altera dispositivos da Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971, referentes a profissionalização do ensino de 2º grau. Brasília, DF, 1982. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7044.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em: 18 jul. 2019.

_____. **Decreto nº 94.406/87.** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 18 jul. 2019.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 nov. 2019.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 jun. 2019.

_____. **Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1996. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CEB nº 16, de 05 de outubro de 1999.** Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico Brasília, DF, 1999 b. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/rede/legisla_rede_parecer1699.pdf. Acesso em: 03 jan. 2020.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CEB Nº 04/99.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, DF, 1999 a. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/RCNE_CEB04_99.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CEB nº 6, de 20 de setembro de 2012.** Define Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://ifc.edu.br/wp-content/uploads/2017/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CNE_CEB-06_2012.pdf. Acesso em: 03 jan. 2009.

_____. **Decreto 5.154, de 23 de julho de 2004.** Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004a. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. **Lei nº 11.741, de 16 de julho de 2008.** Altera dispositivos da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica. Brasília, DF, 2008 a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11741.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. Ministério da Educação. **Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de nível técnico.** Brasília, DF, 2000 b. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/introduc.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

_____. Ministério da Educação. **Portaria MEC nº 870, de 16 de julho de 2008.** Aprova o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio, elaborado pela Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação. Brasília, DF, 2008 b. Disponível em: <http://www.educacao.pr.gov.br/arquivos/File/portarias/portaria8702008.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

_____. **Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008.** Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. Brasília, 2008 c. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11892.htm. Acesso em: 19 jan. 2019.

_____. **Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011.** Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec)[...]. Brasília, DF, 2011. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12513.htm. Acesso em: 19 jan. 2019.

_____. **Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreiras e Cargos de Magistério Federal [...]. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12772-28-dezembro-2012-774886-norma-atualizada-pl.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

_____. **Lei nº 13.005 de 25 de junho de 2014.** Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2014. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13005-25-junho-2014-778970-publicacaooriginal-144468-pl.html>. Acesso em: 19 jan. 2019.

_____. **Lei nº 13.249 de 13 de janeiro de 2016.** Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. Diário Oficial da União, Brasília, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/Lei/L13249.htm. Acesso em: 19 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **SUS princípios e conquistas.** Brasília, DF, 2000a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 10 jul. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde **Humanização do Parto:** Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Oficina Nacional Humaniza SUS:** construindo a Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf. Acesso em: 16 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteadoras das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2008d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11892.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_led.pdf Acesso em: 10 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRIGHENTE, M. F; MESQUIDA, P. Das Leis Orgânicas do Ensino à Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1971: princípios filosóficos e políticos à luz de Rousseau. **Revista de Educação e Linguagem**, São Paulo, v. 16, n. 1, 221-247, jan./jun. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1043/EL.v16n1p221-247>. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/EL/article/view/4002/3665>. Acesso em: 28 jan. 2019.

CAPELLA, B. B. *et al.* Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 2, p. 161-168, abr./ jun. 1988. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671988000200012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v41n2/v41n2a12.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2019.

CAREGNATO R. C. A, LAUTERT, L. O estresse da equipe multiprofissional na Sala de Cirurgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 5, p. 545-50, out. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a09v58n5.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

CARVALHO N.M, *et al.* O ensino da humanização no curso de bacharel em enfermagem numa universidade pública. **Revista de Enfermagem da UFPE**. Recife, v. 10, n. 12, p.4554-462, dez. 2016. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201617. Acesso em: 20 jun. 2019.

CARVALHO, A. C. Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1986. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 39, n. 1, p. 7-12, mar. 1986. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671986000100002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v39n1/v39n1a02.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

CARVALHO, A.C. A Associação Brasileira de Enfermagem e sua contribuição para o desenvolvimento do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-123, 1974. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234197400800100045>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v8n1/0080-6234-reeusp-8-1-045.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

CASATE J.C; CORRÊA AK. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 321-328, Set. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000300002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000300002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 jul. 2019.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100017>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.46, n.1, p. 219-226, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100029>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100029&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 jul. 2019.

CELLARD, A. A análise documental. *In: A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 295- 316.

CHAVES, E. C *et al.* Ensino de campo: sua importância na formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 135-140, 1981. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234198101500200135>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341981000200135&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 ago. 2019.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D.; FERREIRA, M. A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 156-162, mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140023>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100156&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 ago. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em Números**. 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 18 set. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Quais as devidas funções do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do auxiliar enfermagem e quais as diferenças entre cada categoria?**Mato Grosso, 2003. Disponível em: http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html. Acesso em: 18 set. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 18 set. 2019.

CORBANI, N. M. S.; BRETAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 349-354, jun. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2020.

CORSINO, D. L. M.; SEI, M. B. A Humanização nas grades curriculares de cursos da saúde de universidades públicas paranaenses. **Revista de Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 43-52, abr. 2019. DOI:<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.579>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2020.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1 p. 7-14, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 641-9, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

ESTES- Escola Técnica de Saúde. **Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem**. Uberlândia, 2004. Disponível em: <http://www.estes.ufu.br/cursos-tecnicos/tecnico-em-enfermagem/projeto-pedagogico>. Acesso em: jan. 2020.

ESTES- Escola Técnica de Saúde. **Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem**. Uberlândia, 2020. Disponível em: <http://www.estes.ufu.br/cursos-tecnicos/tecnico-em-enfermagem/projeto-pedagogico>. Acesso em: 10 jan. 2020.

FALCONE, E. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista brasileira de terapia comport. cognitiva**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 23-32, jun. 1999. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55451999000100003. Acesso em: 10 jan. 2020.

FALEIROS, E. M. **Fazer, existir, ser: o curso técnico de enfermagem da escola técnica de saúde da Universidade Federal de Uberlândia (1971 a 1995)**. 1997. 205 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 1997.

FARTES, V. L. B. Formação profissional, profissões e crise das identidades na sociedade do conhecimento. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 135, p. 583-585, set./dez. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742008000300002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n135/v38n135a02.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

FILHO W. D. L.; LUNARDI V, L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 2, p. 91- 96, mar. 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11520.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

FREIRE, P. Papel da Educação na Humanização. **Revista Paz e Terra**, São Paulo, n. 9, p. 123-132, out. 1969. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org:8080/xmlui/handle/7891/1127>. Acesso em: 03 out. 2018

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. Disponível em: <http://forumeja.org.br/files/Autonomia.pdf>. Acesso em: 03 out. 2018.

FREITAS, F. D.S; FERREIRA, M. A. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 261-8, mar./ abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690211i>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0282.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

FRIEDLANDER, M. R. O ensino dos procedimentos básicos no laboratório de enfermagem, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 75, n. 2, p.151-162, 1984. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234198401800200151>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341984000200151. Acesso em: 10 out. 2019.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. *In*: GEOVANINI, T (org). **História da Enfermagem: Versões e Interpretações**. 2ªed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 3-57.

GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GONZAGA, V.F **A humanização como tema transversal no Curso Técnico de Enfermagem da ETSUS/TO**. 2009. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=181393. Acesso em: 13 abr. 2019.

GOTTEMS, L. B. D.; ALVES, E. D. ; SENA, R. R. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1033-1040, set./out. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000500023>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000500023&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03 dez. 2019.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. E. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. *In*: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção**. Brasília, 2010, p. 13-28. Série B. Textos Básicos de Saúde - Caderno Humaniza SUS, 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

HUMANIZAÇÃO. *In*: **Dicionário da língua portuguesa**. Lisboa: Priberan Informática, 2019. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/humaniza%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 10 nov. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Serviço de Saúde**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/pesquisa/32/28163>. Acesso em: 10 jan. 2020.

INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS. Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-9, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

LAZZARI, D. D.; JACOBS, L. G.; JUNG, W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. **Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.]**, v. 2, n. 1, p. 116-124, abr. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976923705>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3705>. Acesso em: 13 dez. 2020.

LIMA, J. O. R *et al.* Aprendendo o cuidado humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.6, n.1, p.11-20, jan. mar. 2007. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v6i1.4960>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4960/3220>. Acesso em: 10 nov. 2019.

LIMA, J. O.R. *et al.* A formação ético-humanista do enfermeiro: um olhar para os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem de Goiânia, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1111-1126, dez. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000031>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000400012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2019.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2019.

LOMBARDI, M. R; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, [s. l.], v. 17, n. 1, jan. jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/abet/article/view/41162/20622>. Acesso em: 10 nov. 2019.

LUCAS, A. P. M. A atuação docente no curso técnico em enfermagem da escola técnica de saúde da Universidade Federal de Uberlândia. 2018. 80f. Dissertação/Produto (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-graduação em Educação: Formação Docente para Educação Básica, Universidade Federal de Uberaba, Uberlândia, 2018.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4091392/mod_resource/content/1/Lud_And_cap3.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

MALTA, D.C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

MARQUES, R. L; BERNARDES, S. T. A. Em busca de uma pedagogia humanista para o curso de direito. In: BERNARDES, S. T. A. (org.). **Pesquisas sobre o professor e a educação básica**. Curitiba: Editora CRV, 2018, p. 87-103.

MENDES, D.T; SANTOS, E. K.R; MARBACK, R. F. É preciso falar sobre a morte: equipe de saúde e luto no hospital geral. In: **XVI SEPA - Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, UNIFACS, 2018. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/5505/3625>. Acesso em: 25 nov. 2019.

MENEZES, A. A.; ESCOSSIA, L. A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 322-329, dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v30i3/5561>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922018000300322&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 02 jul.2019.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. *In: Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, abr./jun, 1993. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000200009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2019.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In: MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social: teoria método e criatividade*. 21 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002, p. 9- 30.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 24 nov. 2019.

MONGIOVI, V. G. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 306-11, mar./abr. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.2014004>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0306.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

MONTICELLI, M. A força de trabalho em enfermagem e sua inserção no sistema de alojamento conjunto. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 1, p. 47-62, jan./mar. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000100007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n1/v53n1a07.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

NEVES, C. A. B *et al.* Memória como cartografia e dispositivo de formação- intervenção no contexto dos cursos da Política Nacional de Humanização. *In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção*. Brasília, 2010, p. 44-60. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em 03 jan. 2019.

NÓBREGA, E. F.; SOUZA, F. C. S. Educação profissional no Brasil: uma trajetória de dualidade e exclusão. **Revista Ensino Interdisciplinar**, Mossoró, v. 1, n. 3, p. 266-276, dez, 2015. DOI: <https://doi.org/10.2192/recei.v1i3.1698>. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://periodicos.uern.br/index.php/R-ECEI/article/download/1698/918>. Acesso em: 08dez. 2018.

OGUISSO, T. História da legislação do exercício da enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 197-20, abr./ jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n2/v54n2a05.pdf> Acesso em: 08dez. 2018.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, abr.

2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>. Acesso em: 02 jul.2019.

OLIVEIRA, C.P; KRUSE, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos - análise a partir da REBEn. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 78-83, fev. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a15v59n1.pdf>. Acesso em: 02 jul.2019.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIVA, F. S. Ensino Técnico: uma breve história. **Revista Humus**, Maranhão, v. 3, n. 8, p. 35-49, ago. 2013. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/1677/1326>. Acesso em: 10 nov. 2018.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/546/1/A%20import%C3%A2ncia%20da%20humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização modos de formar e modos de intervir: de quando a formação se faz potência de produção do coletivo. *In*: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p.13-28. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em 03 jan. 2019.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

PAVAN, C. *et al.* Documento Orientador da Política de Formação da PNH. *In*: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p.74-93. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zb2gf/pdf/pereira-9788575413180.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2019.

PESSINI, L; BERTACHINI. **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

PORTO, M.Y. Uma revolta popular contra a vacinação. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 53- 54, mar. 2003. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v55n1/14861.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

PUCCINI, P.T; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500029>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2004000500029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 set. 2019.

REIS, E. P. **Curso Técnico em Enfermagem: análise do Processo de formação e suas contradições**. 2016. 116 f. Dissertação (Mestrado) - pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2016. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/4821/1/EDNILTON_PEREIRA_REIS.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

RIBEIRO, M. I. L.C; PEDRÃO, L. J. Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 311-315, jun. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300011. Acesso em: 13 dez. 2019.

RIBEIRO, R. O. **Formação profissional do técnico de enfermagem para o trabalho em equipe**. 2011.144 f. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011. Disponível em: http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5468/1/tese_5073_.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, jun. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013. Acesso em: 13 dez. 2019.

ROCHA, D.; CARVALHO, R. Humanização da assistência: o que pensam os estudantes de enfermagem. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 315-320, 2007. Disponível em: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/600-Einstein_OnLineTraduzida_Vol.5\(4\)_Miolo_P%C3%A1g.315%20a%20320.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/600-Einstein_OnLineTraduzida_Vol.5(4)_Miolo_P%C3%A1g.315%20a%20320.pdf). Acesso em: 13 set. 2019.

ROLIM, K. M. C. *et al.* Sensibilizando os discentes para o cuidado humanizado: vivências do ensino-aprendizagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 79-85, jul./dez. 2004. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5620/4046>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SANTOS, E. F *et al.* **Legislação em Enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

SANTOS, R.M *et al.* Circunstâncias de oficialização do curso de auxiliar de enfermagem no Brasil: estudando as entrelinhas da Lei 775/49. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 561-70, jul./ ago. 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000400014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13369.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2019.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 152-165, jan/ abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a12v1234.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SCHOELLER, S. D. Processo de trabalho e organização trabalhista. *In: GEOVANINI, T. et al. (org.). História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 131- 249.

SILVA, E. C.; SANTOS, A. N. F. A concepção de professor crítico em Paulo Freire. *In: BERNARDES, S. T. A. (org.). Pesquisas sobre o professor e a educação básica*. Curitiba: Editora CRV, 2018, p. 37-52.

SILVA, F. D.; CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. A humanização na ótica de professores e acadêmicos: estado da arte do conhecimento da enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 381-388, abr./jun. 2011. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i2.10189. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10189/pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SILVA, H. M. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. 1996. 123 f. Dissertação (Mestrado) Escola Brasileira de Administração Pública- Fundação Getulio Vargas. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8657/000076050.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 jun. 2019.

SIRINO, C. B. **A humanização no ensino de graduação em medicina: construções sobre o olhar dos estudantes**. 2014. 137 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112014-143601/pt-br.php>. Acesso em 03 out. 2019.

SPINELLI, C. R. B. **Concepções sobre o ensino da humanização em cursos técnicos de enfermagem de Porto Alegre**. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Reabilitação) Centro Universitário Metodista. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/> Acesso em: 03 jun. 2019.

STUTZ, B. L. **Técnico de Enfermagem: o perfil traçado por profissionais da área, no município de Uberlândia, nos anos 90**. 1998. 157 f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Educação - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 1998. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/13737/1/Beatriz%20Lemos.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

STUTZ, B. L. **Técnico em enfermagem no município de Uberlândia: a construção histórica de uma profissão e a primeira instituição escolar**. 2009. 249 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/13608/1/Beatriz.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; VÁSQUEZ, M. L. A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. **Colombia Médica**, [s.l], v. 42, n. 2, p. 95-102, jul. 2011. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11045>. Acesso em: 10 nov. 2019.

VIEIRA, A. M. D. P.; JUNIOR, A. S. A educação profissional no Brasil. **Revista Interações**, v.12, n. 40, p. 152-169, 2016. DOI: <https://doi.org/10.25755/int.10691>. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/10691>. Acesso em: 10 nov. 2018.

WALDOW, V. R.;BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017 Acesso em: 13 jan de 2020.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Cristhian Matheus Herreira, C.M. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A -ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO COM DOCENTES

QUESTIONÁRIO

Prezado docente,

Este questionário é o instrumento da pesquisa A Humanização na Saúde no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (2007 A 2017) – elaborada pela mestrandia Lílian Rodrigues Sant’ Anna Campos, sob a orientação da Profª.Dra. Luciana Beatriz de Oliveira Bar de Carvalho, da Universidade de Uberaba.

Por favor, marcar com um **X** uma única resposta.

- 1.Sexo:()Feminino ()Masculino
2. Faixa de idade:
 ()De 20 a 25 anos ()De 25 a 35 anos ()De 35 a 45 anos
 ()De 45 a 60 anos ()Acima de 60 anos
- 3.Último curso que você concluiu:
 ()Especialização()Mestrado ()Doutorado
 ()Outro
4. Tempo em que você está na instituição:
 ()1 ano ou menos ()de 1 a 3 anos ()de 3 a 5 anos
 ()de 5 a 10 anos ()de 10 a 15 anos ()acima de 15 anos

Por favor, responder as perguntas a seguir.

5. O ensino da humanização na saúde é ministrado na sua disciplina?

6.Quais métodos você utiliza para realizar a humanização na saúde durante suas aulas?

7. Pra você, o que significa humanização na saúde?

8. Qual a importância da humanização na saúde?

9. Como o docente percebe a humanização nos alunos?

10. Você acha necessário melhorar os processos pedagógicos sobre humanização?

11. Caso tenha respondido sim, na pergunta anterior, como você acha que poderia melhorar os processos pedagógicos sobre humanização na saúde?

APÊNDICE B- ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO COM EGRESSOS**QUESTIONÁRIO**

Prezado egresso,

Este questionário é o instrumento da pesquisa A Humanização na Saúde no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (2007 A 2017) – elaborada pela mestrandia Lílian Rodrigues Sant’ Anna Campos, sob a orientação da Profª .Drª. Luciana Beatriz de Oliveira Bar de Carvalho, da Universidade de Uberaba.

Por favor, marcar com um **X** uma única resposta.

1. Sexo: ()Feminino ()Masculino
2. Faixa de idade:
- ()De 18 a 25 anos ()De 25 a 35 anos ()De 35 a 45 anos
- ()De 45 a 60 anos ()Acima de 60 anos

Por favor, responder as perguntas a seguir.

3. Pra você, o que significa humanização na saúde?

4. Qual a importância da humanização na saúde?

5.Os professores ensinavam esse tema nas aulas?

6. Como os professores ensinavam a humanização na saúde nas aulas?

7.Como você pratica humanização na saúde?

APÊNDICE C-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DE UBERABA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

Uberlândia- MG, _____ de _____ de _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do participante: _____

Identificação (RG): _____

Título do projeto: A humanização na saúde no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (2007 a 2017).

Instituição onde será realizado: Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

Pesquisador Responsável: Lílian Rodrigues Sant' Anna Campos. Contatos do
Pesquisador: E-mail – lilianrsa@ufu.br; Telefone/WhatsApp - (34) 998139551.

Identificação: CEP-UNIUBE: Av. Nenê Sabino, 1801 – Bairro: Universitário – CEP: 38055-500-Uberaba/MG, tel: 34-3319-8959 e-mail: cep@uniube.br

Convidamos você a participar da pesquisa: **A humanização na saúde no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (2007 a 2017)**, desenvolvido junto ao Programa Mestrado Profissional em Educação: Formação Docente para Educação Básica, na UNIUBE – Universidade de Uberaba.

Esta pesquisa tem como objetivo investigar o ensino e os saberes sobre a humanização na saúde no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, pela ótica dos docentes e egressos.

Com os resultados dessa pesquisa, será possível contribuir para uma educação que ensine a humanização na saúde, a valorização humana, que fortaleça as capacidades

emocionais do educando, tornando-o um profissional seguro e preparando-o para o mercado de trabalho.

Se aceitar participar dessa pesquisa, você responderá um questionário simples. Os seus dados serão mantidos em sigilo e serão utilizados apenas com fins científicos, tais como apresentações em congressos e publicação de artigos científicos. Seu nome ou qualquer identificação sua jamais aparecerá.

Você receberá uma via desse termo, assinada pela equipe, onde consta a identificação e os telefones dos pesquisadores, caso queira entrar em contato com eles.

Pela sua participação no estudo, você não receberá nenhum pagamento, e também não terá nenhum custo. Você poderá parar de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para você. Sinta-se à vontade para solicitar, a qualquer momento, os esclarecimentos que julgar necessários. Caso decida-se por não participar, ou por não ser submetido a algum procedimento que lhe for solicitado, nenhuma penalidade lhe será imposta.

CERTIFICADO DE ASSENTIMENTO

Eu _____ declaro estar ciente das informações sobre a pesquisa A humanização na saúde no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (2007 a 2017) e concordo em participar da mesma.

Participante da pesquisa

Pesquisadora Lílian Rodrigues Sant' Anna Campos (34) 9 98139551

Orientadora da Pesquisa Luciana Beatriz Oliveira Bar de Carvalho (34) 9 91951424

PESQUISADORA:

LÍLIAN RODRIGUES SANT' ANNA CAMPOS

IDENTIDADE: 11.492.707 CPF: 057.665.476-09

ENDEREÇO: TRAVESSA GETÚLIO ALVES DO NASCIMENTO Nº 88 BAIRRO
UMUARAMA

TELEFONE: (34) 3225- 8456

UBERLÂNDIA-MG

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE




TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Adriane Corrêa Jansen, Diretora substituta da Escola Técnica de Saúde, da Universidade Federal de Uberlândia, localizada na Av. Prof. José Inácio de Souza, s/nº, Bloco 6X, 1º andar, Campus Umuarama, Uberlândia, MG - CEP 38400-902, com RG Nº M 2.508.392, CPF Nº 577.554.266-53, autorizo Lillian Rodrigues Sant' Anna Campos, RG Nº MG 11.492.707, CPF Nº 057.665.476-09, docente do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde, siape: 3455003, a realizar nesta unidade a pesquisa intitulada A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE NO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (2007 À 2017), como requisito do Mestrado Profissional em Educação: Formação Docente para a Educação Básica- Uniube – Uberlândia. A pesquisa tem como objetivo primário investigar o ensino e saberes sobre humanização na saúde no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, pela ótica dos docentes e discentes. Esta autorização compreende a utilização do Projeto Político Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde para leitura e análise e aplicação de questionário aos docentes e discentes do Curso. A participação do docente e discente não é obrigatória e caso queiram participar, que esses consentam livremente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhes será apresentado pelo pesquisador antes da aplicação de qualquer questionário.

Os pesquisador acima qualificado se compromete a:

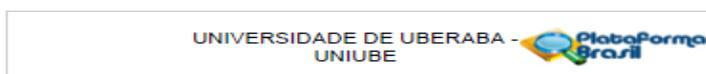
- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Uberlândia, 10 de dezembro de 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE
Campus Umuarama - Bloco 6X - 1º Andar
Uberlândia - MG - CEP 38400-902

Adriane Corrêa Jansen
Adriane Corrêa Jansen
Diretora Substituta Portaria SEI PROJEP Nº2774 de 6 do 11 de 2018

ANEXO1- APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE NO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Pesquisador: LILIAN RODRIGUES SANT ANNA CAMPOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12621019.9.0000.5145

Instituição Proponente: Sociedade Educacional Uberabense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.430.286

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado na reunião de 06/06/2019.

Submetido novamente, após correções sugeridas.

Trata-se um projeto do Programa de Mestrado Profissional em Educação da Uniube da aluna Lilian Rodrigues Sant'Anna Campos, sob orientação da profa Dra Ludiana Beatriz de Oliveira Bar de Carvalho, intitulado A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE NO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (2007 A 2017). Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo análise documental.

Objetivo da Pesquisa:

Retira-se do texto:

Objetivo primário:

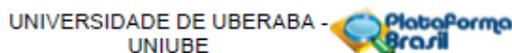
A proposta dessa pesquisa é investigar o ensino e os saberes sobre a humanização na saúde no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, pela ótica dos docentes e egressos.

Objetivo Secundário:

Descrever o Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia e verificar se é abordada a questão da

Endereço: Av. Nere Sabino, 1801
 Bairro: Universitário CEP: 38.055-500
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3319-8816 Fax: (34)3314-8910 E-mail: cep@uniube.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 3.430.286

humanização no mesmo. Desenvolver um mini curso sobre Humanização na Saúde para os docentes do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. Realizar um projeto de extensão sobre Humanização na Saúde para os discentes do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta os riscos e suas medidas protetivas, tanto no projeto como no TCLE.

Os benefícios favorecem o desenvolvimento de melhora na formação dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As considerações que foram feitas no primeiro parecer foram acatadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou projeto PB, folha de rosto, projeto brochura, TCLE, questionários para discente e docente, autorização da instituição e cronograma. Assinaturas necessárias devidamente apresentadas. Na primeira versão, apresentou no TCLE, apresentou muitos termos técnicos e justificativa e objetivos (primário e secundários) que podem confundir a leitura do termo; e não apresentava no final do termo os contatos das pesquisadoras somente no cabeçalho.

Na segunda submissão, as sugestões foram acatadas e o TCLE foi reescrito de forma mais clara e com os contatos necessários.

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em 01/07/2019 a plenária votou de acordo com o relator, pela aprovação da proposta. Lembra ao coordenador do projeto o seu compromisso com o que dita a Resolução 466/2012 e 510/16, especialmente no que diz respeito à entrega dos relatórios parciais e final do projeto, ao CEP-UNIUBE.

Endereço: Av. Nere Sabino, 1801
 Bairro: Universitário CEP: 38.055-500
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3319-8816 Fax: (34)3314-8910 E-mail: cep@uniube.br

Página 02 de 03

Continuação do Parecer: 3.430.206

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PI_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1275653.pdf	19/06/2019 11:20:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/06/2019 11:19:12	LILIAN RODRIGUES SANT ANNA CAMPOS	Aceito
Outros	QuestionarioEgresso.pdf	19/06/2019 11:16:57	LILIAN RODRIGUES SANT ANNA CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	19/06/2019 11:14:56	LILIAN RODRIGUES SANT ANNA CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	foiharosto.pdf	23/04/2019 13:59:37	LILIAN RODRIGUES SANT ANNA CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaraçaoInstitucão_InfraestruturaPDF.pdf	21/03/2019 12:21:35	LILIAN RODRIGUES SANT ANNA CAMPOS	Aceito
Cronograma	Cronograma_EstudoLilianPDF.pdf	19/03/2019 17:27:01	LILIAN RODRIGUES SANT ANNA CAMPOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 02 de Julho de 2019

Assinado por:
Geraldo Thedel Junior
(Coordenador(a))

Endereço: Av Nene Sabino, 1801
Bairro: Universitário CEP: 38.055-500
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3314-8816 Fax: (34)3314-8010 E-mail: cep@uniube.br