

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JULIANA CRISTINA CASATE

A humanização do cuidado na formação dos profissionais de  
saúde nos cursos de graduação

Ribeirão Preto

2010

JULIANA CRISTINA CASATE

A humanização do cuidado na formação dos profissionais de  
saúde nos cursos de graduação

Dissertação apresentada à  
Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de  
Mestre em Ciências,  
Programa de Pós-Graduação  
Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Educação  
em Saúde

Orientadora: Profa. Dra.  
Adriana Katia Corrêa

Ribeirão Preto

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Casate, Juliana Cristina

A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. - Ribeirão Preto, 2010.

131 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Corrêa, Adriana Katia.

1. Educação. 2. Saúde 3. Humanização do cuidado

## FOLHA DE APROVAÇÃO

CASATE, JULIANA CRISTINA  
A humanização do cuidado na  
formação dos profissionais de  
saúde nos cursos de graduação

Dissertação apresentada à  
Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de  
Mestre em Ciências,  
Programa de Pós-Graduação  
Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho*

*Aos meus pais Enrides e Nivanil,*

*A construção da pessoa que hoje sou é resultado do amor incondicional de vocês por mim e da presença constante e protetora que sempre tiveram em minha vida e que me fortalece a cada dia, dando-me a certeza e segurança de que nunca estarei sozinha.*

*Ao meu irmão Alfredo,*

*Não existem palavras que expressem o amor, o carinho e a admiração que sinto e tenho por você.*

*Admiro você pela coragem e perseverança que tem em sempre continuar lutando.*

## *Agradecimentos*

*A Deus,*

*Agradeço pelo dom da vida e por me propiciar, a cada instante, momentos que me fazem pensar e repensar o sentido que as pessoas e as coisas ao meu redor têm para mim.*

*Aos meus pais amados,*

*Obrigada pelo apoio, paciência, dedicação e preocupações que sempre tiveram em todos os momentos e conquistas da minha vida.*

*Ao meu irmão querido,*

*Presença fiel e acolhedora em minha vida, que me faz lembrar a cada dia e sempre de que viver vale a pena.*

*Obrigada por fazer-se um e pela “unidade” que sempre me acompanhou a cada momento e dificuldades enfrentadas juntos.*

*À minha querida tia Izide,*

*Obrigada pelo amor, carinho e preocupação que tem comigo, fazendo questão de participar de todas as minhas trajetórias e conquistas, por menores que sejam.*

*Cada palavra e cada gesto são presenças de ternura que marcam minha vida.*

*À Profa. Dra. Adriana Katia Corrêa,*

*À minha orientadora, amiga e companheira que me acolheu desde o primeiro contato e aprendizado com a pesquisa, e em todos os momentos representados na construção deste trabalho.*

*Obrigada pela dedicação, carinho, apoio e compreensão dos meus limites, dificuldades, mostrando-me sempre as possibilidades de um aprendizado construído junto.*

*Obrigada pelos momentos de distração e pelas conversas informais que também sempre me acrescentaram muito enquanto pessoa.*

*Obrigada por sua amizade e de nunca me deixar esquecer que, apesar de tudo, não podemos perder o senso de humor.*

*À Profa. Dra. Maria Conceição B. de Mello e Souza,*

*Obrigada pelas palavras amigas, carinho e conforto na finalização deste trabalho e pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.*

*À Profa. Dra. Regina Ap. Garcia de Lima,*

*Obrigada pelo carinho e pelas contribuições importantes no Exame de Qualificação que muito me ajudaram na construção e enriquecimento deste estudo.*

*Às minhas amigas: Gabriela Vasters, Maria José Menossi, Jônia Alves, Samara Braguini e Dolores Eunice Herrera,*

*A minha gratidão, amizade e carinho por cada uma de vocês, por terem me apoiado, ajudado e acompanhado de tal forma, dispensando atenção e tempo da vida de vocês para que este estudo pudesse ser finalizado.*

*Obrigada por sua amizade!*

*À Maria José Gilbet e às amigas do CTI Pediátrico,*

*Pelo apoio e pela flexibilidade com que compreenderam as necessidades de adequação na escala diária para que eu pudesse finalizar este estudo.*

*À Christiane Martins,*

*Obrigada pelos momentos terapêuticos, de apoio e conforto que tem me proporcionado, e pela ajuda constante nas minhas limitações e no meu desenvolvimento enquanto pessoa.*

*À Maria Cristina Ferreira pela revisão das normas bibliográficas.*

*À Profa. Maria do Socorro Dias Novaes de Senne, pela revisão da língua portuguesa.*

*Aos funcionários da EERP, pela atenção e disposição durante o curso.*

*E a todos aqueles que de algum modo contribuíram para a realização deste estudo.*

*“Conheça todas as teorias,  
domine todas as técnicas,  
mas quando tocares uma alma humana,  
seja apenas outra alma humana”*

*Carl Gustav Jung*



## RESUMO

CASATE, J.C. **A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação.** 2010. 131 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A temática humanização do cuidado vem sendo considerada na formação dos profissionais de saúde, nos cursos de graduação, tendo em vista que os alunos podem ser sujeitos implicados na transformação das práticas de saúde, incorporando novos valores que podem possibilitar a construção de modos de cuidar mais solidários em sua futura prática profissional. O objetivo deste estudo é conhecer e analisar a produção científica do campo da saúde, em periódicos nacionais, sobre o ensino da humanização do cuidado, nos cursos de graduação. O estudo foi elaborado seguindo os pressupostos da pesquisa bibliográfica, sendo realizado levantamento bibliográfico na Base de Dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), em um período de dez anos, utilizando o termo humanização, com textos publicados a partir do ano de 2000 até 2010. Foram inicialmente encontrados 871 artigos e, tendo em vista o objetivo e foco de interesse centrado no ensino da humanização em saúde, foram selecionados 55 artigos. Foi realizada a leitura analítica, sendo determinados 42 artigos publicados, nos periódicos científicos nacionais, que de fato respondiam ao objetivo do estudo. Por meio da leitura interpretativa, cada artigo foi analisado e interpretado individualmente e, posteriormente, as análises e interpretações individuais foram articuladas, confrontadas umas às outras, sendo constituídas temáticas centrais: Humanização: algumas considerações sobre seus conceitos; Universidade e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação na Área da Saúde: relações com o ensino da humanização; Mudanças curriculares, conteúdos e estratégias de ensino-aprendizagem no cuidado humanizado e Sujeitos do processo ensino-aprendizagem: alunos e professores na aprendizagem da humanização do cuidado. Algumas concepções sobre humanização do cuidado vão ao encontro da Política Nacional de Humanização; mudanças curriculares no sentido de articulação entre conteúdos teórico-práticos são apontadas como facilitadoras da aprendizagem da humanização, bem como a utilização de estratégias ativas de ensino-aprendizagem. Ainda, professor e aluno como sujeitos do processo ensino-aprendizagem são estimulados a construir novas atitudes referentes às práticas de humanização. Assim, alguns elementos teórico-práticos vêm sendo construídos sobre o ensino da humanização no contexto de saúde, sendo imprescindível, todavia, maiores investimentos na construção efetiva de novos modos de cuidar.

Palavras-chave: educação, saúde, humanização do cuidado.

## ABSTRACT

CASATE, J.C. **Humanization of care in the training of health professionals in undergraduate programs**. 2010. 131 p. Master's Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

The theme of humanization of care has been considered in the training of health professionals in undergraduate programs, once the students can be subjects involved in the transformation of health practices, including new values that can enable the construction of more concerned ways of delivering care in their future professional practice. This study aimed to survey and analyze the scientific production of health, in Brazilian journals, on the teaching of humanization of care in undergraduate programs. The study was developed following the recommendations found in the literature review, the bibliographic survey was carried out in the Data bases of the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS), in a period of ten years, using the term *humanization*, with texts published between 2000 and 2010. Initially, 871 articles were found, 55 articles were selected according to the aim and focus of interest centered on the teaching of humanization of health care. Analytical reading was performed and 42 articles published in Brazilian scientific journals actually answered the aim of the study. Through interpretative reading, each article was analyzed and interpreted individually and, afterwards, the individual analyzes and interpretations were articulated, compared to each other and the following central themes were established: Humanization: some thoughts on its concepts; University and the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Programs in Healthcare: relations with the teaching of humanization; Curricular changes, contents and teaching-learning strategies on humanized care and Subjects of the teaching-learning process: students and faculty learning the humanization of care. Some views on humanization of care are in accordance with the National Policy of Humanization; curricular changes in order to articulate theoretical and practical content are identified as facilitators of learning on humanization, as well as the use of active teaching-learning strategies. Faculty and students, as subjects of the teaching-learning process, are encouraged to build new attitudes regarding the practice of humanization. Thus, some theoretical and practical elements have been built on the teaching of humanization in the context of health, however, it is essential to have greater investment in effectively building new ways of providing care.

Key words: Education, Health, Humanization of Assistance

## RESUMEN

CASATE, J.C. **La humanización del cuidado en la formación de los profesionales de la salud en los cursos de graduación.** 2010. 131 h. Disertación – (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

La temática sobre la humanización del cuidado viene siendo considerada en la formación de los profesionales de salud, en los cursos de graduación, teniendo en cuenta que los alumnos pueden ser sujetos implicados en la transformación de las prácticas de salud, incorporando nuevos valores que pueden posibilitar la construcción de modos de cuidar más solidarios en su futura práctica profesional. El objetivo de este estudio fue conocer y analizar la producción científica en el campo de la salud, en revistas nacionales, sobre la enseñanza de la humanización del cuidado, en los cursos de graduación. El estudio fue elaborado siguiendo los supuestos de la investigación bibliográfica, siendo realizado un levantamiento bibliográfico en la Base de Datos de la Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) en un periodo de 10 años, utilizando el término humanización, en artículos publicados a partir del año 2000 a 2010. Fueron inicialmente encontrados 871 artículos, tomando en cuenta el objetivo y foco de interés centrados en la enseñanza de la humanización en salud, fueron seleccionados 55 artículos. Se realizó la lectura analítica siendo determinados 42 artículos publicados en revistas científicas nacionales, que de hecho respondían al objetivo de estudio. Por medio de la lectura interpretativa, cada artículo fue analizado e interpretado individualmente y, posteriormente, los análisis e interpretaciones individuales fueron articuladas, confrontadas unas con otras, siendo constituidas temáticas centrales; Humanización: algunas consideraciones sobre sus conceptos; Universidad y las Directrices Curriculares Nacionales para los cursos de Graduación en el Área de la Salud: relaciones con la enseñanza de la humanización; Cambios curriculares, contenidos y estrategias de enseñanza-aprendizaje en el cuidado humanizado y Sujetos del proceso enseñanza aprendizaje: alumnos y profesores en el aprendizaje de la humanización del cuidado. Algunas concepciones sobre la humanización del cuidado van al encuentro de la Política Nacional de Humanización; cambios curriculares en el sentido de articulación entre los contenidos teórico-prácticos son señalados como facilitadores del aprendizaje de la humanización, así como la utilización de estrategias activas de enseñanza-aprendizaje. Todavía, profesor y alumno como sujetos del proceso enseñanza aprendizaje son estimulados a construir nuevas actitudes referentes a las prácticas de humanización. Así, algunos elementos teórico-prácticos vienen siendo contruidos sobre la enseñanza de la humanización en el contexto de salud, siendo imprescindible, todavía, mayores inversiones en la construcción efectiva de nuevos modos de cuidar.

Palabras clave: educación, salud, humanización del cuidado.

## SUMÁRIO

<b>Apresentação.....</b>	<b>13</b>
<b>1 Introdução .....</b>	<b>18</b>
1.1 Objetivo.....	37
<b>2 Metodologia.....</b>	<b>38</b>
<b>3 Aprendizagem da humanização do cuidado nos cursos de graduação.....</b>	<b>50</b>
3.1 Humanização: algumas considerações sobre seus conceitos.....	53
3.2 Universidade e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação na Área da Saúde: relações com o ensino da humanização.....	61
3.3 Mudanças curriculares, conteúdos e estratégias de ensino-aprendizagem no cuidado humanizado.....	69
3.4 Sujeitos do processo ensino- aprendizagem: alunos e professores na aprendizagem da humanização do cuidado.....	97
<b>4 Considerações Finais.....</b>	<b>108</b>
<b>Referências.....</b>	<b>114</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>123</b>

## *APRESENTAÇÃO*

Durante a minha graduação, no curso de bacharel em enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP, tive a oportunidade de participar do Programa de Iniciação Científica da USP, como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq, no período de 2002-2004. Neste programa, desenvolvi dois trabalhos que já estão publicados em periódicos nacionais de enfermagem, sobre a temática “humanização em saúde/enfermagem”.

O interesse e a aproximação com essa temática, durante a graduação, se relacionam ao reconhecimento da necessidade de considerar a condição humana daquele que cuidamos. Ou seja, considerar as pessoas em seu contexto de vida subjetivo e social e o quanto isso tem implicações nos modos de cada um se sentir saudável e enfrentar processos de adoecimento. Considerar a condição humana da pessoa a ser cuidada me trouxe inquietações sobre a assistência e a prática dos serviços de saúde, desde 2002, quando tive o meu primeiro contato com o cuidado inicialmente na área hospitalar.

Inquietações essas relacionadas com a maneira como o usuário e o profissional de saúde são considerados. Na maioria das vezes, o usuário dos serviços de saúde é denominado por um número, uma patologia, um caso, sendo abstraído de seu contexto subjetivo e social, prevalecendo o anonimato, a despersonalização e a falta de privacidade, além de contar com falhas na organização do atendimento como as longas esperas nas filas e adiamentos de consultas e exames. Por sua vez, o trabalhador de saúde executa um trabalho fragmentado, enfrentando condições difíceis como jornada dupla, baixos salários, cansaço, predomínio de regulamentos, normas e rotinas que restringem a tomada de decisão sobre o próprio trabalho. Assim, ambos, usuário e trabalhador, podem ser “coisificados”, o que nega a sua condição humana (CASATE; CORRÊA, 2005).

Tais fatos caracterizam situações “desumanizantes” ocorridas nos serviços de saúde que precisam ser revistas e melhoradas, para que as práticas de humanização do cuidado em saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam efetivamente concretizados.

Considerando ainda a vivência inicial como aluna, apesar de, no primeiro estágio curricular e no primeiro contato com o cuidado, ter sentido um alto grau de ansiedade e receios por um mundo até então desconhecido, conseguia observar, mesmo que superficialmente, pelo incipiente conhecimento, a pessoa que necessitava de cuidados, para além de sua doença, e como esses cuidados eram realizados pelos profissionais de saúde, em algumas situações, restritos à realização de ações técnicas, necessárias, mas insuficientes para o cuidado.

Após me aproximar e estudar a temática em questão, desenvolvi o primeiro trabalho intitulado “Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem”, o qual foi publicado na Revista Latino-americana de Enfermagem, em 2005. Este trabalho foi uma pesquisa de revisão integrativa de literatura, enfocando como o tema humanização em saúde vinha sendo construído, conceitualmente e na prática, no contexto de saúde, em periódicos nacionais e em diferentes momentos históricos, desde a década de 1950 até o ano de 2002.

Nesse trabalho, pude compreender que as concepções sobre a humanização em saúde/enfermagem transformaram-se ao longo do tempo, desde uma perspectiva caritativa até a preocupação atual com a valorização da saúde como direito do cidadão, sendo inseridas em um projeto político de saúde. Os artigos de todas as décadas mostraram também a necessidade de investir no trabalhador, valorizando a dimensão subjetiva. Além disso, foi possível perceber que há pouca referência nos artigos à temática humanização no contexto da formação dos profissionais de saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

A partir desse primeiro trabalho, comecei a fazer questionamentos sobre a minha própria formação, dando atenção para as situações

cotidianas vividas em estágios hospitalares que foram os locais em que eu tive maior contato com as pessoas, durante a graduação. Tais questionamentos eram referentes à possibilidade de formar para a construção de uma prática profissional humana em saúde/enfermagem.

Ao longo da minha formação, ouvi muito sobre o discurso e a temática da humanização em saúde, e de como ela era necessária para um cuidado integral da pessoa humana, e que deveríamos, nós, como futuros profissionais da saúde, incorporá-la ao nosso cotidiano de trabalho. Porém, o conhecimento deste discurso e da temática em si foi visto de maneira superficial, ou seja, comentado por alguns professores, em algumas disciplinas dispersas, sem haver continuidade e articulação sobre o tema, mesmo que, no meu primeiro ano, eu já tivesse tido disciplinas das ciências sociais e humanísticas como sociologia, antropologia e psicologia, cada qual abordando especificamente seus conteúdos, sem articulação efetiva entre eles e, principalmente, entre a teoria e a prática.

Então, comecei a me questionar como humanizar o cuidado se não tínhamos conhecimento mais sistematizado e sólido sobre o tema, considerando que isso também envolve compreender a pessoa humana nas dimensões psicológicas e socioculturais? Como lembrar das disciplinas sociais e humanísticas estudadas no primeiro ano de graduação e associá-las aos estágios curriculares ocorridos no meio do curso? Como construir práticas humanizantes em um contexto de cuidado à saúde que ainda apresenta condições adversas para tal? Pelo processo formativo, os próprios estudantes também podem ser sujeitos que promovam práticas de humanização nos serviços de saúde?

A partir de tais questionamentos, das conversas informais com os colegas de classe e do conhecimento já adquirido sobre a temática humanização, quando do desenvolvimento do artigo anteriormente comentado, desenvolvi o trabalho intitulado "Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde" que foi publicado na Revista da Escola de



Enfermagem da USP, em 2006.

Esse segundo trabalho foi um “estudo de campo” no qual foi utilizada uma abordagem de pesquisa qualitativa. Após a análise das entrevistas realizadas com os alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, foram configuradas temáticas como: deparar-se com o sofrimento do outro é experiência “humanizante”; dicotomia saber técnico/saber humano; valorização da dimensão humana: aprendizagem teórica; a equipe de saúde como modelo de (des)aprender; as experiências de estágio despertam sentimentos nos alunos; relação aluno-professor: limites e facilidades (CASATE; CORRÊA, 2006).

O conjunto dessas temáticas mostrou a necessidade de repensar o processo de formação profissional, pois os alunos deparam-se com situações complexas que despertam neles os mais variados sentimentos e a sua própria dimensão humana, exigindo do aluno uma atitude de escuta, envolvimento, senso crítico e acolhimento, para a qual ele não está, muitas vezes, ainda preparado.

Dessa maneira, repensar o processo de formação significa também acolher o aluno em suas limitações e conflitos, promovendo sua maturidade pessoal e profissional, para a formação de cidadãos, pessoas humanas que podem promover o cuidado integral e promoção da saúde, condizentes com as necessidades do contexto de saúde atual, consolidando as propostas e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

E é nesse sentido que esta dissertação de mestrado enfoca a questão da formação humana do profissional, nos cursos de graduação e no contexto da humanização em saúde, tendo em vista que os estudantes são os futuros sujeitos implicados na transformação das práticas em saúde, incorporando novos valores que podem possibilitar a construção de modos de cuidar mais humanos e solidários ao longo de sua prática profissional.

# *1 INTRODUÇÃO*

Algumas questões podem instigar a reflexão sobre o porquê se faz essencial repensar a formação dos profissionais de saúde, no atual contexto: Por que foram criadas novas políticas e diretrizes nacionais para os cursos de graduação da área da saúde? Por que têm sido feitas propostas de mudanças na formação dos profissionais de saúde? Quais mudanças são essas? (Re) estruturar o currículo dos cursos de graduação da área da saúde para que e para quem?

A atenção à saúde no Brasil se estrutura por um modelo avançado de organização, o Sistema Único de Saúde que se pauta em princípios e valores democráticos. Vem sendo construído ao longo dos últimos 20 anos, apresentando, apesar de avanços, alguns limites a serem transpostos, considerando, por exemplo, a existência de dificuldades de acesso ao atendimento em alguns serviços, a ocorrência de ações de cuidado que ainda não contemplam a integralidade, com a presença, muitas vezes, de profissionais exaustos e insatisfeitos com suas condições de trabalho e salários, ficando nítida a desvalorização do trabalhador, o baixo investimento na educação permanente ou na formação inicial dos profissionais, a limitada participação dos trabalhadores e usuários na gestão dos serviços, o frágil vínculo com os usuários, tendo em vista o despreparo desses profissionais para lidarem com a dimensão subjetiva presente em toda a prática de saúde (BRASIL, 2008).

Têm havido iniciativas e propostas de mudanças na tentativa de modificar esse quadro de saúde atual e consolidar o SUS, atendendo às reais necessidades da população, por meio de transformações políticas, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, garantindo a universalidade e integralidade da atenção à saúde.

O SUS está garantido na Constituição Federal de 1988 - Art. 196 - e tem como pauta uma nova concepção de saúde que contempla, explicitamente, determinantes sociais e econômicos, nos seguintes termos:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Esse sistema de saúde brasileiro organiza-se a partir de uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à equidade, à descentralização do poder, à participação do usuário como cidadão e à incorporação de novas tecnologias. Com a implantação do SUS, o sistema público passou a atender todos os cidadãos brasileiros, mesmo em um contexto econômico desfavorável. Apesar de toda a dificuldade, o SUS ganhou crescente apoio político na década de 1990, criando mudanças e a descentralização do sistema de saúde (CAVALCANTI, 2005).

O SUS originou-se, na década de 80 do século XX, como resultado da luta de movimentos sociais e políticos em oposição ao modelo de saúde vigente na época, que não mais atendia às exigências da população. Até a década de 1980, o modelo de assistência à saúde no país era centrado no atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. A assistência médico-hospitalar era disponibilizada somente para os segurados do sistema da Previdência Social, integrados ao mercado formal de trabalho, excluindo parcelas expressivas da população (BRASIL, 2002; CAVALCANTI, 2005).

Esse período

foi marcado pela exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais e caracterizado por um padrão institucional dual que distinguia e separava "Saúde Pública" e "Medicina Previdenciária" (BRASIL, 2002, p. 17).

Em âmbito mundial, começam a ser propostas também mudanças que tocam nas políticas e na organização dos serviços de saúde. Em 1978, ocorre a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, copatrocinada e organizada pela Organização Mundial de Saúde, em Alma-Ata, capital do Kazaquistão soviético, sendo estabelecida a meta para todos os governos, organizações internacionais, toda comunidade mundial, de "saúde para todos no ano 2000", sendo a atenção primária uma estratégia para alcançá-la (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

(OMS), 1978).

Essa Conferência enfatizou que a saúde é um bem-estar, completo, físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade, devendo ser compreendida como um direito humano fundamental e que a obtenção do mais alto nível de saúde possível é a meta social mundial mais importante a ser atingida pelos sistemas de saúde, sociais e econômicos. Além disso, também enfatiza que todas as pessoas devem ter o direito e a obrigação de participar, individual e coletivamente, no planejamento e na implementação de seus cuidados de saúde (OMS, 1978).

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por mudanças políticas que trouxeram propostas de reformas do setor saúde, a partir do movimento da Reforma Sanitária. Nesse período, o regime político autoritário se encaminhava para um período de transição, rumo à democracia. E em meio a um quadro de recessão econômica, desemprego crescente e a população em más condições de vida, sem condições de manter seu sustento, começam a surgir mobilizações políticas para rediscutir o modelo prestador de saúde no país, que não estava conseguindo atender às demandas da população. Em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde que representou um marco das políticas públicas de saúde, mediante um processo de discussão democrático, participativo e representativo, de todas as representações políticas da sociedade. Este debate possibilitou as propostas da Reforma Sanitária como um projeto político-ideológico que amplia o conceito de saúde, a sua compreensão como direito social e dever do Estado, tendo como temas discutidos: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial (BRASIL, 1986).

Desde sua criação, como já comentado, o SUS é o modelo vigente em nosso país e nesses mais de 20 anos de sua existência, há avanços, mas também impasses na sua implantação e consolidação como um sistema igualitário, como o financiamento insuficiente; as dificuldades da regionalização e integração entre municípios e serviços; atenção primária

em ampliação, porém com alguns déficits na qualidade, além da pouca eficácia e eficiência de hospitais e serviços especializados (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004; CAMPOS, 2007).

Também por esses e outros fatores é que têm se discutido propostas de mudanças para garantir a legitimidade sanitária do SUS, reorganizando o modo de atenção à saúde, com ênfase na promoção de saúde e bem-estar social, e descentralizando a atenção dos hospitais e das especialidades com vistas à saúde pública (CAMPOS, 2007).

Para construir esse modelo de atenção, é necessário que outro perfil de profissional de saúde seja formado, porque os trabalhadores são os agentes transformadores dos serviços de saúde e a formação até então predominante não foca em questões centrais que o atual contexto de saúde exige.

A problemática de recursos humanos tem sido uma das questões abordadas em relação à consolidação de práticas de saúde que componham um modelo de saúde calcado nos princípios do SUS, sendo que este é um dos dilemas a ser enfrentado tanto do ponto de vista das práticas quanto da formação de pessoal. Uma das demandas para a reorganização das práticas de saúde, voltadas para os princípios do SUS, é a formulação de novas propostas para a formação dos profissionais da área de saúde na perspectiva crítica, o que envolve formar sujeitos crítico-reflexivos e comprometidos com a transformação social (CHIRELLI, 2002).

As transformações políticas, econômicas e socioculturais ocorridas no contexto global, promovem, a cada tempo, necessidades diferentes das populações que, por sua vez, necessitam de assistência à saúde diferenciada e que atenda a suas necessidades. Para isso, é fundamental que se formem profissionais capacitados para atender às demandas da população.

Dessa maneira, também é importante que o sistema de saúde vigente no país seja abordado de maneira significativa na formação, contemplando o modelo de promoção à saúde preconizado, a atenção

integral organizada em um sistema hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe. Espera-se que o profissional de saúde tenha capacidade de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades individuais e coletivas, tornando-se agente de transformação social (MARANHÃO, 2003).

Além disso, no que se refere a mudanças na formação, cabe mencionar, ainda, as novas modalidades de organização do mundo do trabalho, os desafios da transdisciplinaridade na produção do conhecimento e a necessidade de a universidade reconstruir seu papel social, considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento do mundo atual (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

No contexto atual da educação de nível superior no Brasil, ainda prevalece o modelo de ensino em saúde pautado predominantemente no enfoque biológico, técnico-científico e hospitalocêntrico. As aulas são ainda ministradas predominantemente por métodos expositivos, com o professor visto como detentor do saber, havendo pouco espaço para os alunos refletirem, além da desarticulação dos conteúdos teóricos com a prática, o que dificulta, inclusive, a construção de compromisso com a transformação dos serviços de saúde.

Nesse modelo hegemônico de ensino, os conteúdos são organizados de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, separando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, com sistema de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, e com a aprendizagem técnica e da clínica principalmente realizada nos hospitais, o que perpetua os modelos tradicionais de prática de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As práticas de formação, de gestão e de cuidado propriamente dito vêm se fundamentando, assim, prioritariamente em referenciais tradicionais que desconsideram as dimensões sociais e subjetivas presentes no trabalho em saúde.

Comenta Feuerwerker (2000, p. 19) que

a ciência positivista propôs que se abandonassem por completo todas as sensações e impressões, desejos e afetos, tudo o que se apresenta como subjetivo. Isso porque a subjetividade não permitiria que se elaborassem proposições científicas rigorosas e universais. A realidade das coisas ficou, então, reduzida as suas dimensões ideais, e o caráter sensível do mundo foi abandonado. Toda crença e toda busca de sentido ficou relegada à irracionalidade e à esfera privada.

Tendo em vista o modelo de ensino tradicional centrado no biologicismo, no qual o aluno da área da saúde vê e entende, inicialmente, um corpo e uma doença, ao invés de um sujeito implicado em uma rede social, surgem questionamentos como: Este modelo de ensino dá conta de formar profissionais de saúde capazes de atuar frente às novas exigências do setor saúde e da população? O profissional de saúde formado para atender, exclusivamente a uma lógica produtivista, voltada à realização de tarefas, à fragmentação do trabalho e à especialização, ainda predominante no trabalho em saúde e fruto do modelo de ensino tradicional hegemônico, conseguirá fortalecer a construção de um sistema que valoriza a promoção da saúde?

A reflexão sobre essas questões é importante para fomentar mudanças na formação dos profissionais da área da saúde nas dimensões técnica, política e humanística, extrapolando o predomínio de uma formação técnica, que reduz a visão sobre o homem pela fragmentação do trabalho e pelas especializações, dificultando assim a realização de um cuidado integral.

Acreditamos que a formação ainda centrada no modelo tradicional de ensino e nas concepções biologizantes do processo saúde-doença-cuidado não é suficiente para formar profissionais capazes de atender às necessidades sociais da população e de atuar para a consolidação do SUS. Na prática cotidiana, ainda há dificuldades em ser efetivado um sistema de saúde que realmente articule os distintos níveis de atenção, bem como que se fundamente em uma visão ampliada do processo saúde-doença, incorporando as condições concretas de vida subjetiva e social como elementos importantes do cuidado em saúde e extrapolando uma visão



fragmentada da pessoa, passando a enfocá-la não apenas como um “corpo clínico”, mas em sua forma integral de ser.

É importante que a formação privilegie o usuário do sistema de saúde como sujeito, cidadão e com direito igualitário pela saúde, sendo a doença não mais vista como um fenômeno específico e isolado, mas sim relacionada às condições de vida dos sujeitos, sendo necessário que o trabalhador de saúde tenha compromisso e responsabilização com o próprio sistema de saúde e a população, trabalhando em equipe, tendo como princípios a fala, a escuta, o acolhimento e os vínculos (MARANHÃO, 2003; CECCIM; CARVALHO, 2006).

Dessa maneira, há de se repensar a formação dos profissionais de saúde, para que sejam formados para serem cidadãos, com compromisso com o cuidar do outro, em uma perspectiva que valoriza o usuário como sujeito.

Há a necessidade de olhar novamente para os sentidos, os valores e os significados do que se faz e para quem se dirige à ação das pessoas envolvidas no processo de formação. Na sala de aula, as questões de natureza ética e humana, relativas à formação, têm sido evitadas, e não são adotadas metodologias de ensino que instiguem o aluno a participar, construir implicação e assumir responsabilidades no seu processo de formação (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Transformar a formação para possibilitar a construção do cuidado humanizado implica em rever conteúdos, métodos de ensino, formas de relacionamento professores-alunos, formação de professores, bem como o próprio papel social da universidade. Promover a apropriação, pelos alunos, de conhecimentos que possibilitem a compreensão da pessoa humana para além do eixo biológico, bem como o exercício da autonomia, é tarefa desafiante para a formação dos profissionais de saúde.

Nos últimos anos, ocorreram mudanças expressivas no processo de formação, tendo em vista as transformações sociais e as necessidades da população, havendo, inclusive, as indicações de novos perfis dos profissionais de saúde, o rompimento com o currículo mínimo obrigatório

para os cursos de graduação, e a construção de currículos que tenham na sua conformação os princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para a sua consolidação como sistema de saúde do país (MARANHÃO, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; CARVALHO, 2006).

Essas mudanças relacionam-se às discussões que também se processaram no campo da educação nas décadas de 1980 e 1990. Em 20 de dezembro de 1996, foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, Lei n.º 9.394 - que define e regulariza o sistema de educação brasileiro com base nos princípios presentes na Constituição, por meio de normas específicas para cada período de cada tempo escolar (BRASIL, 1996)

O Parecer CNE/CES 776/96 (Brasil, 1996) estabeleceu orientação geral para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação e destaca que, em geral, os currículos dos cursos superiores caracterizam-se por excessiva rigidez, que é resultado, em grande parte, da fixação de currículos mínimos, que são consequência da progressiva diminuição da margem de liberdade concedida às universidades para organizarem suas atividades

Esse mesmo Parecer destaca que as diretrizes curriculares devem observar alguns princípios para assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação dada aos alunos, como: incentivar uma formação geral para que o futuro graduado possa superar os desafios encontrados na prática e na produção do conhecimento; uma formação integral que possibilite o aluno a compreender as relações de trabalho e de equipe, as possíveis transformações sociopolíticas da sociedade e das diferentes fronteiras das ciências; um projeto político-pedagógico construído coletivamente; interdisciplinaridade, além da incorporação de atividades complementares no currículo; estimular práticas de estudo independentes que visem ao desenvolvimento da autonomia profissional e intelectual do aluno; predominância da formação sobre a informação e fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando os estágios, a participação em atividades de extensão, além da pesquisa individual e coletiva (BRASIL,

1996).

Nessa perspectiva de movimentos de mudanças na área da formação em saúde e na tentativa de romper com o modelo tradicional hegemônico de ensino, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde (DCNs) foram criadas, a partir de 2001, como possibilidades para as mudanças no processo de formação, além de assegurar maior aplicabilidade da LDB.

Nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde, é enfatizado que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, além da articulação entre a Educação Superior e os Sistemas de Saúde, tendo como objetivos a formação geral e específica dos profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação. E, como elementos fundamentais dessa articulação, foram adotados o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS (MARANHÃO, 2003).

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que a meta da educação superior é a articulação entre educação, trabalho e práticas sociais, e que:

as Diretrizes Curriculares Nacionais e as diretrizes do SUS constituem-se em referência para propor o perfil profissional a ser formado, as oportunidades e os fatores de exposição à aprendizagem, o projeto político-pedagógico, a organização e a orientação do currículo e das práticas de ensino, a produção do conhecimento e as relações estabelecidas pela escola com o sistema de saúde local (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.1404).

Assim, a formação em saúde precisa ser calcada nos princípios e diretrizes do SUS, principalmente considerando os princípios de universalidade, equidade e integralidade. Este último, inclusive, tem sido enfatizado como eixo da formação dos trabalhadores de saúde, na política de Educação Permanente do Ministério da Saúde, exigindo que sejam construídos novos olhares sobre o cuidado, a organização dos serviços de saúde, a organização curricular e os modos de ensinar (SILVA; TAVARES,

2004).

A integralidade da atenção é um importante dispositivo instituinte do processo de trabalho, que visa a uma produção do cuidado eficiente, humanizada e com foco nas necessidades dos usuários individuais e coletivos dos serviços de saúde. "*A integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis do sistema*" (SILVA; TAVARES, 2004, p.275).

No sentido de construir uma proposta de formação que atenda às transformações contemporâneas, na constituição de uma educação crítica e que forme sujeitos ativos e responsáveis com uma prática mais qualificada e transformadora, é preciso ter como uma das perspectivas ampliar a capacidade de os profissionais escutar as necessidades de saúde e de contextualizar e resolver os problemas de saúde, além de construir projetos sociais alternativos e reivindicar espaços sociopolíticos (SILVA; TAVARES, 2004).

Mas como esses profissionais serão formados para escutar as necessidades de saúde dos usuários e para contextualizar e resolver os problemas de saúde? Como formar profissionais de saúde para um cuidado que tenha a integralidade como foco integral?

Dentre as mudanças propostas e implementadas, a humanização tem sido enfocada como um dos temas centrais para a formação do trabalhador de saúde para a realização do cuidado integral, da promoção da saúde e da valorização da dimensão subjetiva e social sempre implicada no processo saúde-doença-cuidado.

A temática humanização dos serviços de saúde vem sendo permanentemente enfocada na produção científica e na prática cotidiana, tendo sido, mais recentemente, incorporada às políticas públicas de saúde. Esta temática vem se delineando no contexto de saúde desde uma perspectiva caritativa até a preocupação atual com a valorização da saúde como direito do cidadão, sendo ainda enfocada principalmente no contexto das relações interpessoais, mas também vêm sendo apontadas as suas

implicações no âmbito da gestão dos serviços e da construção de projetos políticos em saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

Nas décadas de 50, 60, 70, e 80 do século XX, a humanização é enfocada, na produção científica nacional, predominantemente, de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com a pessoa (o *doente*), e às questões administrativas das instituições hospitalares, desarticulando-se das dimensões político-sociais mais amplas do sistema de saúde. Também na década de 1980, artigos publicados sobre o tema abordam um discurso idealizado que denota uma percepção do *doente* como ser frágil e dependente, parecendo despertar piedade dos trabalhadores que devem possuir características próprias para terem condições de prestar atendimento humano em saúde, como gentileza, paciência, engenhosidade, caridade, compaixão, delicadeza, tolerância, doçura, capacidade para controlar suas emoções, personalidade agradável e demonstração de interesse pela saúde do paciente. A valorização do usuário do serviço de saúde como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia, é abordada, na produção científica, a partir da década de 1990 até os dias atuais (CASATE; CORRÊA, 2005).

A humanização da saúde, assim, vem se configurando, ao longo dos anos, acompanhando o movimento e as modificações do setor saúde, bem como as políticas e as práticas de saúde, e ganha especial atenção no século XXI, quando, em maio de 2000, o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização de Atenção Hospitalar (PNHAH), um programa específico dirigido à construção de práticas de humanização, especificamente no âmbito hospitalar, sendo a humanização também incluída na 11ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no mesmo ano.

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam a alterar os padrões de assistência ao usuário nos hospitais públicos, promovendo uma nova cultura de atendimento à saúde, com a atenção voltada para a integralidade da assistência do homem/usuário do serviço de saúde, tendo como objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital

com a comunidade (BRASIL, 2001).

Além de seu objetivo fundamental, que é o de aprimorar as relações entre todas as pessoas envolvidas na assistência à saúde, o PNHAH teve outros objetivos como:

fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização, já existentes na rede hospitalar pública, melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar credenciada ao SUS, modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar sua imagem pública junto à comunidade, capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania, conceber e implantar novas iniciativas de humanização nos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde, estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos e experiências nesta área, desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado, difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar credenciada ao SUS (BRASIL, 2001, p.14).

No manual do PNHAH (BRASIL, 2001), há referências sobre a necessidade de respeitar o “outro” “como um ser singular e digno”, apontando o ser humano como capaz de construir redes de significados que, ao serem compartilhadas, conformam uma identidade cultural.

Em 2003, o PNHAH foi substituído pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, o “HumanizaSUS”, para que a humanização não seja vista mais como um “programa” e sim como uma política transversal, que perpassa todas as ações e instâncias de efetuação, traduzindo os princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS e pautando-se pela construção de trocas solidárias, comprometida com a dupla tarefa de produção de tarefa e produção de sujeitos (BRASIL, 2008).

Essa política de saúde foi criada para romper com a fragmentação e a desarticulação das ações e programas de humanização já existentes no âmbito do Ministério da Saúde, para enfrentar as graves lacunas quanto ao acesso aos serviços e à atenção integral à saúde, expandindo o conceito de humanização para o conjunto das práticas de saúde, e para

modificar o quadro de desvalorização dos trabalhadores da saúde, relacionada à precarização das relações de trabalho, ao baixo investimento em um processo de educação permanente e aos modelos de gestão centralizados e verticais que desapropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2008).

O HumanizaSUS tem como princípios:

a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS; o fortalecimento do compromisso com os direitos do cidadão; o trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS e o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2008, p.12).

A partir desses princípios, esta política visa ao atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, na redução de filas, na identificação dos profissionais de saúde que cuidam do usuário do SUS, na gestão participativa dos trabalhadores e usuários, na ampliação do diálogo entre sujeitos implicados no processo de produção da saúde, no reforço da clínica ampliada e na valorização do trabalho em equipe (BRASIL, 2008).

Dessa maneira, a humanização do cuidado em saúde é tema fundamental e complexo que engloba dimensões políticas, de gestão e relacionais, envolvendo mudanças cotidianas nas práticas dos serviços de saúde. Mudanças essas que passam pelos aspectos do acesso, da resolutividade e da equidade dos serviços, até a construção de relações solidárias, respeitadas entre trabalhadores e usuários e de modelos participativos de gestão. Enfim, a humanização opera na transversalidade das práticas de saúde, sendo passível de construção apenas na medida em que a pessoa humana em sua dignidade realmente for a “medida” para as decisões que envolvem a saúde e as condições de vida das pessoas.

Assim, a humanização poderá não ser nem banalizada, nem vista como ideal e inalcançável, mas como um valor a ser construído permanentemente por todos que estão envolvidos no cuidado, os profissionais de saúde, os usuários dos serviços, alunos, docentes e gestores, responsáveis pelas práticas e desenvolvimento dos serviços de saúde.

Mattos (FIOCRUZ, 2005) afirma que uma política se orienta por princípios e está comprometida com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação da realidade, mas que não pode se confundir com um princípio, e a humanização como política pública de saúde deve estar realizando os distintos princípios do SUS, no concreto das práticas de saúde. Por isso, a humanização está localizada nos limites da máquina do Estado, onde se encontra com os coletivos e as redes sociais, e nos limites dos programas e áreas do Ministério da Saúde e outros, onde se encontra com as práticas de cogestão (PEDROSO; VIEIRA, 2009).

Para realizar mudanças nos processos de produção de saúde, é necessário que ocorram também mudanças nos processos de subjetivação, o que significa que os princípios do SUS só se concretizam na experiência a partir de sujeitos reais que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Benevides e Passos (2005) ainda comentam que apostar em uma Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudanças dos sujeitos na produção de saúde, e que entre os processos de produção de saúde e processos de produção de subjetivação não há dissociação, tornando assim a humanização como um catalisador dos movimentos instituintes que insistem no SUS. Afirmam também que a humanização como política de saúde se constrói com as direções da inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade, o que indica o “como fazer” desta política que se afirma como “tecnologias relacionais”, no sentido de que na



transformação da maneira como os sujeitos se relacionam, formando coletivos, é que as práticas de saúde podem ser alteradas.

Para tanto, é importante que a humanização seja resgatada no seu sentido peculiar, considerando seus significados e definições.

O termo humanização é polissêmico e tem sido tema de muitos estudos nos últimos anos, conforme já comentado.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), humanizar significa valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e inclui os valores como autonomia e protagonismos dos sujeitos, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008).

A humanização é um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de saúde, que é promovida por interações simétricas, permitindo uma compreensão conjunta entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades (AYRES, 2005).

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento”, dado que “ a humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes (BETTS, 2002).

Comenta Campos (2003) que humano quer dizer biológico, subjetivo, e social, e que a soma destes é uma múltipla determinação. E que o homem é isso o tempo todo, misturado, inseparável, ao mesmo tempo. Ele continua a ser sujeito quando se rebela contra as injustiças, e não para de ser biológico quando ama e não deixa de ser socialmente produzido no momento do ódio mais intenso.

O homem vive em constante relação social/interpessoal uns com os outros, estabelecendo vínculos e trocando experiências. Torna-se sujeito ao construir sua história de vida, no contato com outros sujeitos, em

determinado contexto histórico. Apesar disso, cada pessoa é única, constituindo-se como singular.

Ayres (2001), fundamentando-se em Ricoeur (1991), afirma que não existe o sujeito individual ou aquele que denominamos de indivíduo, o sujeito, não é mais nem menos que um “sonho” de individualidade, originado da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre “o outro de cada um”, ou seja, o sujeito é um ser real, que tem qualidades e exerce ações, existindo não só em si, mas para si, e que não se limita a ser objeto, delimitado ou visível de fora (AYRES, 2001).

O sujeito é um ser pensante que atribui predicados ao mundo, identificando a si próprio, sendo que a experiência de “resistência” é que faz surgir esse sujeito como presença real. É a partir da resistência do outro fora de nós que nos identificamos. É a alteridade vivida que leva o sujeito a atribuir a si mesmo o predicado de indivíduo, que é sempre diferente, ou seja, uma autodiferenciação que se afirma a cada vez que se reconhece no outro, uma identidade construída na experiência de encontro com o outro (AYRES, 2001).

A pessoa não deixa de ser sujeito quando necessita ser cuidada pelo profissional do serviço de saúde, que domina conhecimentos e práticas específicos. Ao contrário, à medida que a dimensão de ser sujeito é considerada pelo profissional, no cuidado em saúde, a pessoa que busca o serviço pode se comprometer e construir sua autonomia. Dessa maneira, é importante considerar o modo singular de vida das pessoas, possibilitando a criação de recursos para a construção de novas condições de vida individuais e coletivas, e para o enfrentamento do processo de adoecimento, zelando para que a humanização do cuidado aconteça em todos os níveis de atenção da saúde.

O usuário do serviço de saúde como sujeito social e singular necessita ser acolhido pelos profissionais de saúde, encontrando um espaço afetivo e respeitoso no qual possa expressar o que sente, por meio das relações estabelecidas entre eles, que põem cada um em contato com o outro.

O contexto de cada encontro entre uma pessoa que busca o serviço de saúde e o profissional também é fundamental para que se produza um cuidado integral, pois, considerando as características específicas do contexto desse encontro, as propostas voltadas a responder ao sofrimento manifestado e ao sofrimento antecipado pelo conhecimento são articuladas e distribuídas no tempo, diferenciando-se as ofertas imediatas de dispositivos de intervenção e a oferta a ser feita no futuro (MATTOS, 2009).

A relação estabelece-se principalmente pela comunicação, pelo diálogo entre os sujeitos envolvidos, e é a partir dele que essa relação será satisfatória ou não para restabelecer o equilíbrio do processo saúde-doença daquele que adoece. Portanto, conforma aponta Campos (1994), é primordial trazer para o espaço da prática clínica a valorização da fala e da escuta.

Nesse sentido, a possibilidade comunicacional passa a constituir a referência conceitual mais importante, porque a palavra, tanto de usuários quanto de profissionais, precisa ter lugar mais relevante no cotidiano institucional (DESLANDES, 2004).

Um dos mais poderosos meios de origem de sujeitos e mundos é a linguagem, que leva os sujeitos a reconhecerem a si mesmos a cada vez e sempre. A linguagem existente em ato, sendo criadora de sujeitos e seus mundos e fazendo-os experimentar o que são no encontro com o que não são, denomina-se diálogo. Portanto, sujeitos são diálogos (AYRES, 2001).

Desse modo, também é importante considerar que o conceito de humanização, descrito no HumanizaSUS, se refere ao aumento da corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos e a mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão do processo de trabalho, fundamentando-se na troca e construção de saberes, diálogo entre os profissionais e destes com os usuários, trabalho em equipe, considerando sempre as necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde (BRASIL, 2008).

Todavia, o jogo das interações sociais e as relações de saber-poder

e de trabalho constituem fortes impeditivos para o diálogo, além da delimitação ao contexto do exercício da racionalidade médico-científica estreitar as bases desta comunicação. O desrespeito à palavra e a troca de informação ineficiente, a fragilidade do diálogo e da escuta promovem a violência, física e psicológica, que é expressa nos maus-tratos, e simbólica, que representa a incompreensão das demandas e expectativas da pessoa, além disso, compromete a qualidade do atendimento e mantém o profissional de saúde refém das condições inadequadas do serviço que podem lhe gerar desgaste e sofrimento psíquico (DESLANDES, 2004).

Estarão os trabalhadores de saúde aptos a estabelecer esse diálogo em uma relação entre sujeitos? Conseguirão os trabalhadores de saúde valorizar a fala e a escuta, extrapolando a ideia de que se trata de uma habilidade própria previamente dada de cada trabalhador?

Tendo em vista, a importância da relação estabelecida entre usuários e os trabalhadores de saúde, é necessário criar condições humanizantes de trabalho para que os trabalhadores de saúde possam estabelecer uma relação terapêutica com o usuário, de maneira a humanizar o atendimento, valorizando a afetividade e a sensibilidade necessárias ao cuidar. Porém, essa relação não pode supor um ato de caridade exercido por profissionais abnegados e já dotados de qualidades humanas essenciais, mas sim um encontro entre sujeitos, que compartilham saber, poder e experiência vivida. Assim, não se concebe a humanização em saúde desvinculada de um projeto que repense o modelo assistencial e valorize o trabalhador em sua dimensão subjetiva do próprio fazer, o que implica envolvimento e responsabilização. Dessa maneira, é importante que a humanização seja compreendida como uma temática que permeia o fazer de distintos sujeitos e que deve ser vista sob uma ótica subjetiva e sociopolítica (CASATE; CORRÊA, 2005).

Compreendida como uma temática transversal e vista de uma maneira ampla, como considerar a humanização no contexto da formação? Como conteúdo que é ensinado em disciplina específica? Como

tema transversal do currículo? Como valor que se traduz em aprendizagem a ser desenvolvida pelo aluno no contato permanente e reflexivo com as situações reais de trabalho cotidiano? Como prática que envolve apenas a construção de relações interpessoais “mais humanas” entre profissional-usuário dos serviços ou que enfoca a sua complexidade articulando questões políticas, organizacionais e relacionais?

Do que foi até então exposto, o processo de formação em saúde constitui um aspecto relevante de pesquisa, considerando as mudanças ocorridas atualmente, e a humanização do cuidado como uma das maneiras possíveis para a concretização de uma formação integral.

Dessa maneira, neste estudo, tendo em vista a experiência de pesquisa anterior, é importante acompanhar o processo de construção de conhecimento sobre a formação dos profissionais de saúde no contexto da humanização, tendo como questionamentos: Quais conceitos de humanização estão presentes na formação dos profissionais de saúde? Como os estudantes do campo da saúde estão desenvolvendo a competência humana, compreendida como a competência para a construção de um cuidar que considere a condição humana em suas possibilidades e limites? Como estão inseridos na educação dos profissionais os conceitos de humanização? Como esses conceitos podem se transformar em ações de cuidado?

## **1.1 OBJETIVO**

A proposta desta dissertação de mestrado é conhecer e analisar a produção científica do campo da saúde, em periódicos nacionais, sobre o ensino da humanização do cuidado, nos cursos de graduação.

## *2 METODOLOGIA*

O estudo foi elaborado seguindo os pressupostos da pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2002), é uma pesquisa desenvolvida a partir do material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos e que tem como vantagem principal permitir ao pesquisador a cobertura de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia diretamente, tornando-se importante principalmente quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço.

Além de ser um estudo bibliográfico, esta dissertação tem caráter qualitativo, voltado para o sentido dos conhecimentos produzidos sobre o tema em questão - a formação do profissional de saúde e a humanização do cuidado -, o que envolve as concepções sobre humanização e a formação dos profissionais, permeadas por valores, crenças e ideologias.

A pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, e essas estruturas são vistas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. Envolve, além do sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior do sujeito, as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais que lhe atribuem significados (MINAYO, 2004).

Para Lakatos e Marconi (2006), a pesquisa bibliográfica é toda a pesquisa realizada em fontes secundárias, que envolve a bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita, e que tem como finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto. A pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi escrito sobre certo assunto, mas oferece meios para dar novo enfoque ou abordagem a um tema, obtendo conclusões inovadoras (LEOPARDI, 2001).

Moreira e Caleffe (2006), além de também afirmarem que a pesquisa bibliográfica é aquela desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, também ressaltam que este tipo de pesquisa não deve ser confundido com

a revisão ou a resenha bibliográfica, pois a pesquisa bibliográfica é por si só um tipo de pesquisa, enquanto a revisão ou a resenha bibliográfica é um componente obrigatório de todo e qualquer tipo de pesquisa. Esses autores referem ainda que o principal objetivo da pesquisa bibliográfica é o de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que já foi produzido na área em questão, lembrando sempre que ela não é a mera repetição do que já foi dito e escrito sobre um determinado assunto, pois assim como as demais pesquisas, ela exige do pesquisador a reflexão crítica sobre os textos consultados e incluídos na pesquisa.

O levantamento bibliográfico foi realizado na Base de Dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) que registra a literatura técnico-científica em saúde produzida por autores latino-americanos e do Caribe, utilizando descritores em Ciências da Saúde (DeCS), possíveis para encontrar os artigos relacionados ao tema.

Este levantamento abrangeu um período de dez anos, com textos publicados a partir do ano de 2000 até 2010, pois é a partir do século XXI que se conformam políticas nacionais específicas de humanização do atendimento em saúde e que ocorrem significativas propostas neste campo.

Cabe justificar que este levantamento foi circunscrito à literatura nacional, considerando a necessidade de identificar e compreender os conceitos e os modos de ensinar a humanização do cuidado, presentes nos cursos de graduação, tendo em vista as atuais políticas públicas de saúde e de formação profissional inseridas na especificidade do contexto brasileiro. Trata-se, pois, de melhor delimitar para promover contribuições específicas para a formação em saúde, no momento atual. Além disso, a intenção é focar a formação para o campo da saúde, não ficando o estudo limitado a uma área de saber específica, uma vez que a construção de práticas humanizantes em saúde envolve a ação articulada de vários profissionais que compartilhem seus conhecimentos em prol de um projeto comum de cuidar.

As concepções sobre humanização em saúde e a formação do



profissional da saúde, bem como as experiências já realizadas, foram analisadas no contexto do ensino de graduação com foco inicialmente no resumo do artigo, contrapondo-as ou assimilando-as às perspectivas atuais da humanização no contexto do SUS.

Assim, foi possível uma aproximação com algumas questões, como: Quais áreas de saúde mais têm produzido conhecimentos acerca da humanização do cuidado no contexto da formação? Quais são esses conhecimentos, são semelhantes ou divergem entre as áreas? Quais as concepções sobre humanização predominantes? Quais as experiências relatadas e suas implicações? Quais se aproximam e quais se afastam das atuais políticas/diretrizes de humanização em saúde?

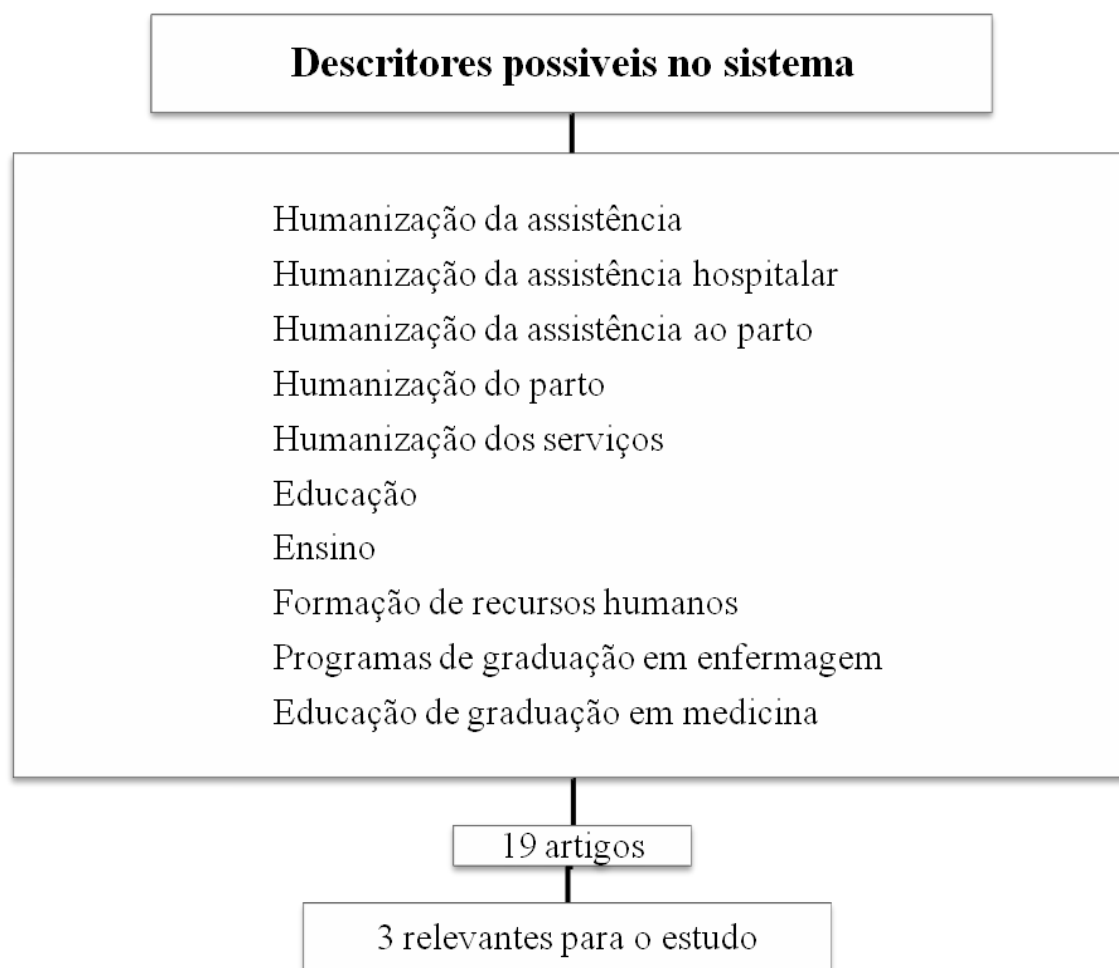
A trajetória metodológica percorrida neste estudo fundamentou-se em Gil (2002) que discorre acerca dos seguintes momentos para a realização da pesquisa bibliográfica: leituras exploratória, seletiva, analítica e interpretativa.

Durante o levantamento bibliográfico, foi realizada a leitura exploratória que trata de uma leitura do material para a obtenção de uma visão global do mesmo, com o objetivo de considerá-lo ou não de interesse à pesquisa. Faz parte deste tipo de leitura o estudo da introdução, do prefácio (quando houver), da folha de rosto, dos índices da bibliografia, das notas de rodapé, das conclusões e mesmo das orelhas dos livros (GIL, 2002).

Inicialmente no levantamento bibliográfico, foram utilizados descritores como humanização da assistência, humanização da assistência hospitalar, educação em saúde e educação superior, além de realizar a junção dos mesmos pelo modo que o próprio sistema da base de dados permite.

Da junção de todos os descritores possíveis no sistema, que são humanização da assistência, humanização da assistência hospitalar, humanização de assistência ao parto, humanização do parto, humanização dos serviços, educação, ensino, formação de recursos humanos, programas de graduação em enfermagem, educação de graduação em

medicina, foram encontrados 19 artigos, destes somente três foram selecionados, que realmente eram relevantes para o estudo.

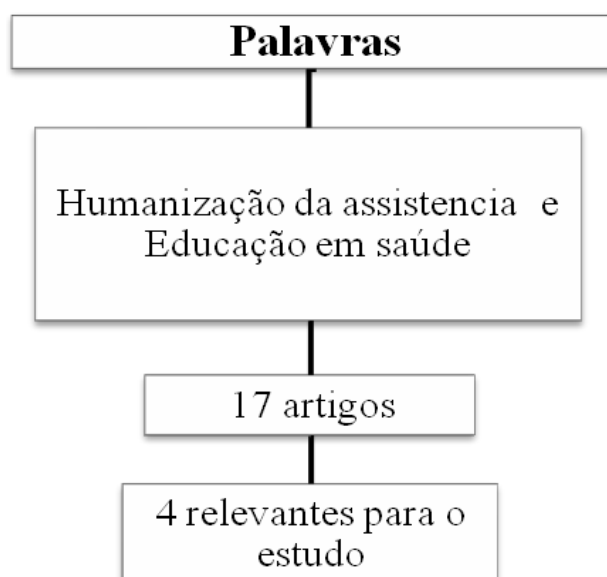


Organograma 1 – Pesquisa Bibliográfica: junção de todos os descritores possíveis no sistema da Base de Dados LILACS

Também foi realizada a junção somente dos descritores humanização da assistência e educação em saúde que foi encontrada em apenas um artigo que foi utilizado para a pesquisa. E na junção desses descritores, colocados como palavras, que é uma das possibilidades que o sistema da base de dados também permite, foram encontrados 17 artigos, e destes somente quatro foram selecionados.

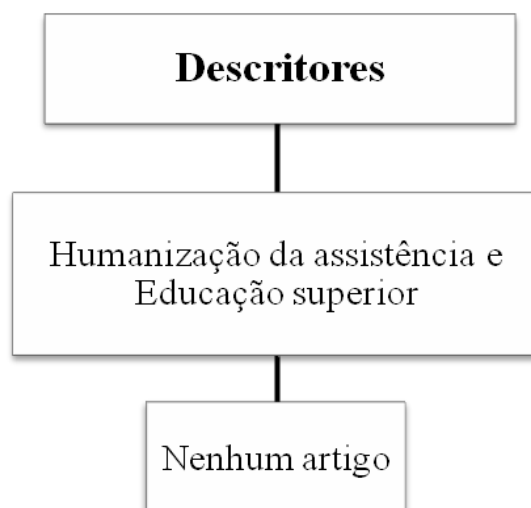


Organograma 2 – Pesquisa Bibliográfica: junção dos descritores humanização da assistência e educação em saúde

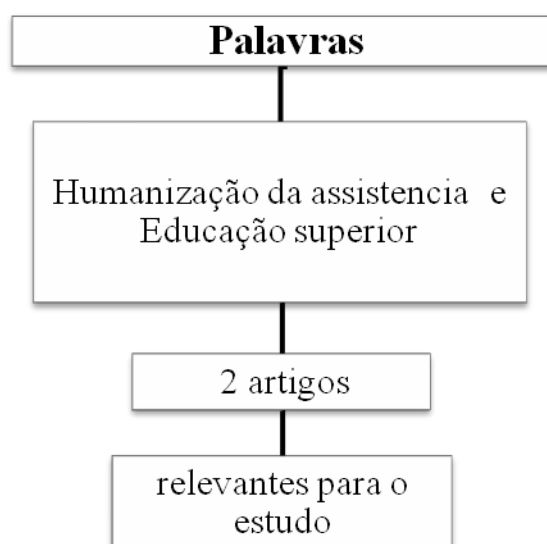


Organograma 3 – Pesquisa Bibliográfica: junção das palavras humanização da assistência e educação em saúde

Após, foi realizada a junção também somente dos descritores humanização da assistência e educação superior e nessa junção não foi encontrado nenhum artigo, mas colocando esses mesmos descritores como palavras, foram encontrados dois artigos.



Organograma 4 – Pesquisa Bibliográfica: junção dos descritores humanização da assistência e educação superior



Organograma 5 – Pesquisa Bibliográfica: junção das palavras humanização da assistência e educação em saúde

Após termos percebido que era melhor pesquisar na base de dados LILACS o termo "humanização" como palavra e não como descritor, encontramos maior número de artigos, pois alguns artigos encontrados não tinham como descritores os mesmos descritores que nós estávamos utilizando para a busca, mas eles eram referentes ao estudo, então, decidimos realizar outro modo de pesquisa nesta mesma base de dados, utilizando apenas a palavra humanização como linguagem natural.

A linguagem natural pode ser definida como a linguagem do

discurso técnico-científico, expressão que normalmente se refere às palavras que ocorrem nos textos impressos, abrangendo os termos do título e do resumo dos documentos referenciados, tendo também como sinônimo a expressão “texto livre” que se diferencia da linguagem controlada caracterizada como a que é utilizada apenas nos campos de descritor, termos de indexação e identificadores. Dessa maneira, a estratégia de busca precisa refletir a necessidade de informação do usuário (LOPES, 2002).

Segundo Lopes (2002), a escolha de qual banco ou base de dados e a linguagem a ser empregada, natural ou controlada, são os mais adequados, demonstra que a execução e o planejamento da estratégia de busca envolvem escolhas que irão determinar a obtenção eficaz das informações necessárias do serviço de informações que foram solicitadas pelo usuário. E que, para alcançar essas informações, será necessário realizar movimentos e operações táticas, restringindo os resultados alcançados em um momento, e em outro, ampliando-os para que se obtenha o maior número de informações relevantes, conforme pedidas pelo usuário em sua busca.

Dessa maneira, foi reiniciada a pesquisa utilizando humanização como palavra e foram consultados todos os artigos disponíveis, um por um, focando inicialmente o título e o resumo do artigo. Até o dia 10/03/2010, último dia em que foi realizada essa busca na base de dados, havia 871 artigos sobre humanização, ou seja, no título, resumo, descritor ou mesmo no corpo do texto, era mencionada a palavra humanização.

Procedendo desse modo, tivemos a impressão de que se realizava uma busca fidedigna, encontrando todos os artigos possíveis, mesmo que fosse um trabalho árduo. Ainda na busca dessa fidedignidade, foi conversado com as bibliotecárias da Biblioteca Central da Universidade de São Paulo, *Campus* Ribeirão Preto e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, expondo nossas dúvidas, o processo pelo qual já havia sido feita a pesquisa e qual caminho nós havíamos decidido seguir, e tivemos a resposta de que o caminho que tínhamos decidido seguir, apesar de

trabalhoso, era o caminho mais fidedigno de selecionar todos os artigos referentes à temática deste estudo.

Assim, após examinar os 871 artigos, foram selecionados 55 referentes à humanização do cuidado e à formação do profissional de saúde na graduação. Estes 55 artigos foram adquiridos na íntegra e foi realizada a leitura seletiva, que é a determinação do material que de fato interessa à pesquisa, tendo em vista o objetivo e foco de interesse centrado no ensino da humanização em saúde. Esta leitura é de natureza crítica, porém, deve ser desenvolvida com bastante objetividade. Ela é mais profunda que a exploratória, porém, não é definitiva, sendo possível que se volte ao mesmo material com propósitos diferentes (GIL, 2002).

A partir desse momento, os textos selecionados foram colocados em ordem cronológica e foram feitos o reconhecimento e a análise, sendo enfocados os seguintes aspectos que compuseram uma “ficha bibliográfica”:

- Dados de identificação do artigo: título, nome do periódico, volume, número e ano de publicação;
- Dados de identificação do pesquisador: nome, categoria profissional, local de atuação;
- Análise inicial do artigo: identificar apenas os conceitos centrais relativos às concepções sobre o ensino de humanização e às experiências a esse respeito.

Nesta dissertação de mestrado, os artigos serão identificados por algarismos numéricos, conforme colocados em ordem cronológica, para maior facilidade na identificação desses.

Com o objetivo de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes bibliográficas, possibilitando a obtenção de respostas aos questionamentos desta pesquisa, foi realizada a leitura analítica. Nesta leitura, é necessário que se adote uma atitude de objetividade, de imparcialidade e de respeito, penetrando no texto com a profundidade suficiente para identificar as intenções do autor, porém sem qualquer tentativa de julgamento (GIL, 2002).

Na leitura analítica, foram feitos alguns momentos como a leitura integral do texto selecionado, obtendo-se uma visão do todo; identificação das ideias-chave; hierarquização dessas ideias, seguindo uma ordem de importância e, por último, sintetização das ideias, fixando-se somente no essencial para a resolução dos questionamentos apontados no início desta metodologia.

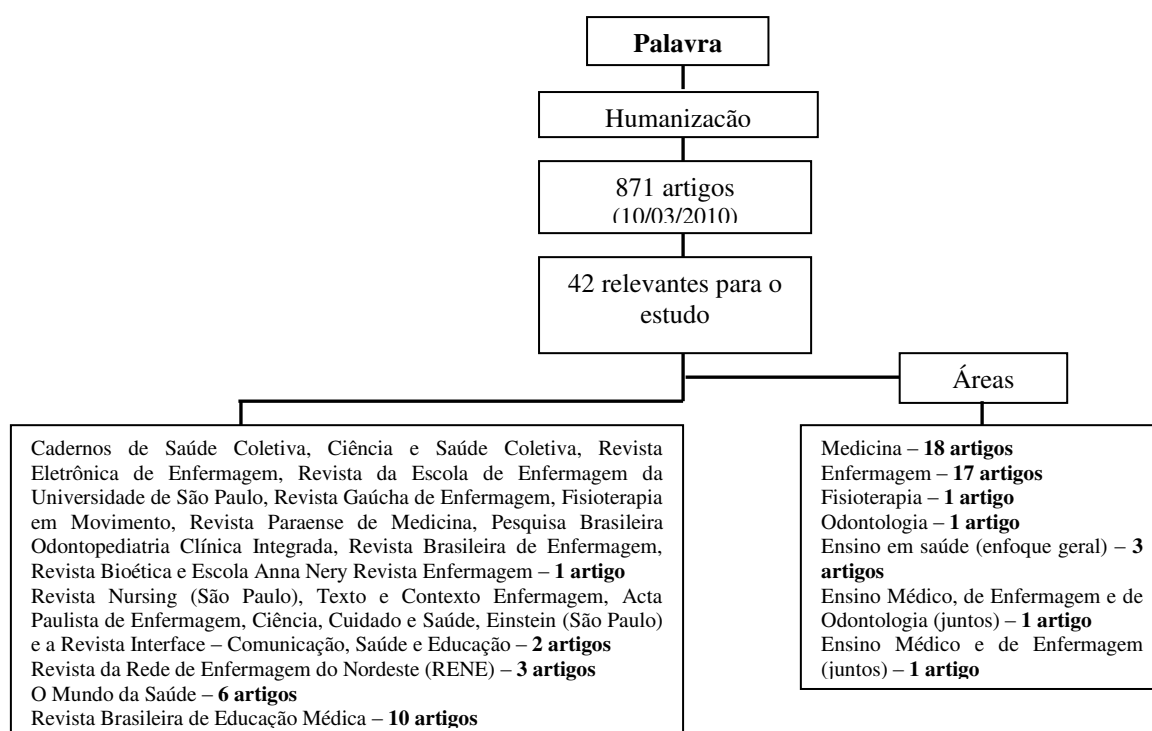
A partir da realização da leitura analítica, foi possível determinar o número exato de artigos que realmente foram analisados, em um total de 42 artigos publicados nos periódicos científicos nacionais.

Cabe ressaltar aqui que a maioria dos artigos foi referente ao Ensino Médico, em um total de 18 artigos, seguido pelo Ensino de Enfermagem com 17 artigos. Em relação ao Ensino de Odontologia e ao Ensino de Fisioterapia foi encontrado apenas um artigo para cada área; três artigos abordaram o tema do ensino de graduação dos profissionais de saúde, de um modo geral, um artigo abordou o Ensino Médico, de Enfermagem e de Odontologia juntos e um outro artigo abordou o Ensino Médico e de Enfermagem juntos.

Assim, apesar de os cursos de graduação em saúde totalizarem 14, apenas Medicina e Enfermagem têm mais artigos publicados sobre a temática "ensino de humanização", indexados na base de dados LILACS. Provavelmente, isso tenha relação com o fato de essas áreas historicamente terem sido as pioneiras como práticas voltadas ao cuidado em saúde. Além disso, são áreas que vêm investindo sobremaneira em propostas de mudanças curriculares, o que também se relaciona à incorporação de conteúdos como humanização do cuidado em saúde e à utilização de estratégias inovadoras de ensino que possibilitem a apropriação de novos modos de cuidar.

Também é importante considerar que, em relação aos periódicos, a Revista Brasileira de Educação Médica foi a que teve o maior número de artigos publicados sobre este tema, com um total de dez artigos, seguida pela Revista O Mundo da Saúde com seis, a Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE) com três, a Revista Nursing (São Paulo),

Texto e Contexto Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Ciência, Cuidado e Saúde, Einstein (São Paulo) e a Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação com dois artigos cada. Já nas revistas Cadernos de Saúde Coletiva, Ciência e Saúde Coletiva, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Revista Gaúcha de Enfermagem, Fisioterapia em Movimento, Revista Paraense de Medicina, Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Bioética e Escola Anna Nery Revista Enfermagem, foi encontrado apenas um artigo em cada uma.



Organograma 6 – Pesquisa Bibliográfica e Leitura Analítica

Após a leitura analítica, foi realizada leitura interpretativa, considerada a mais complexa, na qual se deve ir além dos dados obtidos dos textos selecionados, mediante sua ligação com outros dados obtidos (GIL, 2002). Nessa etapa, é necessário que as ideias pontuadas, na leitura



analítica, sejam articuladas umas às outras, o que envolve reconhecimento de aproximações e confrontos entre elas, sendo os textos visualizados em conjunto, sem perder as especificidades até então apreendidas.

Trata-se de buscar quais as concepções presentes, no campo da saúde, acerca das tendências da formação do profissional de saúde, nível graduação, no que se refere à humanização do cuidado e analisar as experiências de formação propostas, com ênfase no tema humanização. É nesse momento, então, que foi possível apreender quais as concepções sobre humanização e sobre a própria formação que fundamentam o ensino de graduação nos cursos da área da saúde, considerando as aproximações e os afastamentos das atuais políticas de saúde e educação.

Desse modo, cada artigo foi analisado e interpretado individualmente para que, posteriormente, as análises e interpretações individuais fossem articuladas, confrontadas umas às outras, sendo constituídas temáticas centrais que explicitem as concepções e experiências relatadas para a formação do profissional e humanização do cuidado em saúde, conforme objetivo proposto.

Esta etapa - leitura interpretativa - é complexa, como já assinalado, pois demanda ainda que outras leituras subsidiem a interpretação.

Ao término dessa leitura, foi possível sistematizar a aproximação com os diferentes discursos da temática formação dos profissionais de saúde e a humanização do cuidado e as suas implicações para o contexto atual.

*3 APRENDIZAGEM DA HUMANIZAÇÃO DO  
CUIDADO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO*

As ideias que emergiram da análise dos artigos serão apresentadas utilizando-se alguns trechos que reproduzem, na íntegra, o discurso dos autores.

Pela leitura dos artigos selecionados, percebemos três diferentes focos pelos quais é tratada a temática do ensino da humanização nos cursos de graduação em saúde: o ensino da humanização em saúde como objeto específico do estudo; o ensino de temáticas que abordam aspectos humanísticos como objeto do texto, sendo feitas algumas relações com a humanização do cuidado e algumas referências apenas ao ensino da humanização do cuidado na formação, como indicativos gerais a serem considerados. Esses focos denotam níveis de especificidade e de relações entre humanização do cuidado e formação de profissionais da saúde diversificados. Todavia, todos os textos apresentam elementos importantes que permitem, pela sua análise, a construção deste estudo.

Desse modo, dentre os 42 artigos analisados, há artigos que enfocam especificamente o tema da humanização e humanização do cuidado na formação do profissional de saúde, o que é percebido já inicialmente no título ou no resumo, como os artigos de números 1, 5, 6, 8, 9, 14, 16, 25, 26, 29, 32, 37, 39, 40, 41 e 42.

Esses artigos abordam, em seus conteúdos, mudanças necessárias à formação do profissional de saúde para a humanização do cuidado, sendo mencionados alguns aspectos como: a mudança de paradigma do ensino para a aprendizagem e da concepção do processo saúde-doença como fenômeno apenas biológico e individual, passando o ser humano a ser visto de forma integral; as modificações na estrutura curricular, incluindo conteúdos, o que implica em extrapolar modelos fragmentados/disciplinares, construindo currículos integrados e que incorporam conteúdos articulados das dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais, além de mudanças de métodos e estratégias de ensino que sejam mais centradas na perspectiva de participação do aluno; a ação fundamental do docente como mediador/facilitador no processo ensino-aprendizagem e a sua relação com o discente; o papel que as

universidades têm na concretização dessas mudanças e a abordagem das leis que regem a educação como a LDB, Lei 9.394 de 1996 e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Área da Saúde, além da própria Política Nacional de Humanização.

Outros artigos, como por exemplo, os de número 2, 3, 10, 11, 12, 13, 17, 22, 24, 27, 28, 30, 31, 34 e 36, enfocam a formação do profissional da saúde e a humanização do cuidado de uma maneira tangencial, ou seja, o objetivo desses artigos não é claramente refletir sobre/discutir aspectos relacionados à humanização como tema da formação de profissionais da saúde, mas ao serem discutidos alguns temas específicos, são feitas algumas aproximações entre tais temas e a humanização do cuidado em saúde.

Os autores desses artigos discutem temas como, por exemplo, a significação da morte, os cuidados paliativos, o relacionamento interpessoal, o cuidado em si e o cuidador, o ensino em saúde mental, o ensino da ética e da bioética como subsídios necessários que devem fazer parte do conteúdo da formação dos profissionais da área da saúde, para que se humanize o cuidado. Cabe ressaltar que tais temas estão relacionados significativamente com concepções do campo das ciências humanas e sociais que podem subsidiar a compreensão sobre o ser humano.

Além disso, há também artigos que apresentam em seu conteúdo uma associação sutil entre a formação dos trabalhadores de saúde e a humanização do cuidado, ou seja, apenas são apresentadas algumas ideias gerais, principalmente no final do texto, apontando que a formação deve englobar as questões humanísticas, às vezes, traduzidas explicitamente na humanização do cuidado, para contribuir com as mudanças das práticas de saúde, como percebido nos textos de números 4, 7, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 33, 35 e 38.

Apesar desses três focos que mostram a diversidade dos textos que compõem este estudo, os temas foram construídos articulando essas três tendências apreendidas na leitura e análise de todos os artigos

selecionados.

Tendo em vista o objetivo deste estudo, inicialmente, será apresentada uma síntese da aproximação com os conceitos de humanização que os autores abordam em seus textos, para em seguida serem apresentadas as temáticas que explicitam como o ensino da humanização do cuidado vem se processando na formação do profissional de saúde na graduação.

### **3.1 Humanização: algumas considerações sobre seus conceitos**

A humanização tem sido abordada constantemente, nos atuais debates sobre o contexto de saúde e nas recentes pesquisas da área da saúde, como tema relevante e como subsídio para a melhoria do cuidado e para a consolidação dos princípios e valores do SUS.

A partir da análise dos artigos selecionados para este estudo, também foi possível perceber que a humanização é uma temática emergente nas pesquisas atuais da área da saúde, sendo enfocada desde um discurso que valoriza os aspectos emocionais e subjetivos até os aspectos que envolvem mudanças na gestão e nas práticas de saúde.

Como dito anteriormente, apesar da diversidade percebida nos artigos, os temas foram construídos a partir dos próprios textos, articulando os artigos que compõem essas três tendências, sendo possível realizar uma “conversa” com esses temas para melhor explorar seu(s) sentido(s).

Cabe ressaltar que fizemos apenas algumas considerações sobre os conceitos de humanização conforme trabalhados pelos textos, em nossa compreensão, com a intenção de trazer alguns elementos para reflexão e questionamentos, mesmo porque se trata de artigos com número limitado de páginas, o que por si só já limita a visualização do aprofundamento teórico.

Alguns autores dos artigos conceituam o termo humanização de uma maneira explícita, ao contrário de outros que discorrem sobre elementos ou temas que nos permitem aproximar dos significados que o termo humanização tem para eles.

Nos artigos que conceituam explicitamente o termo humanização, esta é enfocada como a valorização do ser humano vista na sua totalidade, de maneira integral, como um ser completo e complexo, considerando a importância do respeito, do acolhimento, da dignidade, da escuta, da empatia, do diálogo, enfim, das relações interpessoais respeitadas.

Os autores dos artigos analisados, ao apresentarem os conceitos de humanização, enfocam, assim, aspectos relacionados ao ser humano como percebê-lo como um ser único e insubstituível, o que inclui 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, do diálogo, como mostrado a seguir em trechos retirados dos próprios textos\*:

O conceito de humanização se aproxima do respeito. É necessário perceber o doente como único, insubstituível e que merece ser tratado com dignidade. O respeito é o componente e o antecedente para cuidar e humanizar cuidados (texto 3, 2003, p.20-21).

Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, tido como indissociáveis dos aspectos físicos do paciente, assumindo uma postura ética de acolhimento e de reconhecimento dos limites. É a luta de cada um para a vitória de todos, levando em conta os benefícios daqueles que sofrem (texto 6, 2004, p.82).

(...) a humanização é definida como um estado de bem-estar, envolvendo carinho, dedicação, respeito pelo outro, ou seja, considera a pessoa como ser completo e complexo (texto 6, 2004, p.82).

Humanização em saúde é, portanto, resgatar o respeito à vida humana, levando em conta os aspectos

---

\* Os trechos dos textos analisados são apresentados na íntegra, seguidos do número do artigo. Ressalta-se que, em alguns casos, os trechos também referem-se às ideias de outros autores que fundamentam o texto analisado.

biopsicossocioespiritual – que, obviamente, implica resgatar aspectos subjetivos. Humanizar é, pois, assumir uma postura ética de respeito ao outro, acolhendo o desconhecido e o reconhecendo em seus limites (texto 7, 2004, p.446).

Humanizar o atendimento é valorizar o significado atribuído pelo ser humano à sua experiência de adoecimento, ao seu sofrimento, reconhecendo as relações interpessoais como um processo, que permeia a organização, produtiva do trabalho e suas dimensões técnico-assistenciais. Resgatar o espaço do acolhimento, da escuta atenta e interessada nas necessidades e expectativas das pessoas pode ser um estímulo à transformação das práticas em saúde, em que a clínica não é ignorada, mas associada ao conhecimento de mundo daqueles que procuram diariamente um serviço de saúde (texto 12, 2006, p.366).

A humanização pode ser definida como valor, com o respeito à vida humana, incluindo circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo ser humano e, conseqüentemente, nas relações interpessoais. Este valor deve-se fazer presente e complementado com aspectos técnico-científicos (texto 16, 2007, p.315).

(...) a humanização é conceituada como valor, respeitando todos os complexos aspectos do ser humano. Enfoca a filosofia de que o cliente precisa sentir-se bem física, psíquica, social e moralmente, não se limitando a uma visão focal, mas, sim, abrangente do ser humano (texto 16, 2007, p.318).

Humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, mas também compreender seus medos, angústias, incertezas, dando-lhes apoio e atenção permanente (texto 22, 2008, p.186).

Dentre os sentidos comumente utilizados, quando discutimos com profissionais de saúde e usuários, encontram-se aqueles que designam humanização como: tratar com respeito e carinho, amor, empatia, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, tratar do outro com respeito e educação, aceitar as diferenças, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde. (...) (texto 28, 2009, p.496).

Alguns dos trechos descritos trazem, em essência, a necessidade de construção de um olhar ampliado acerca do ser humano, compreendendo-

o em sua completude e complexidade, o que se relaciona também à sua singularidade. Isso nos leva a pensar o quanto é necessário que tais ideias transformem-se efetivamente em novos modos de cuidar que incorporem o ser humano nessas dimensões. Para tal, é importante que o processo saúde-doença seja compreendido de modo ampliado, ou seja, como inter-relação de dimensões biológica e sociocultural.

Nessa direção, a formação dos profissionais da saúde requer que a base conceitual dos estudantes seja ampliada, fundamentando-se em um entendimento do processo saúde-doença como fenômeno complexo e não limitado ao campo biológico (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Isto é, como já comentado, é importante para que a possibilidade de conceber e cuidar do homem de modo ampliado não se limite a um discurso teórico, desarticulado das práticas de cuidado.

Ainda, podemos relacionar que essas ideias pontuadas podem ser integradas à noção de integralidade como um dos princípios fundamentais do SUS que, aliás, é indicado nas políticas públicas como um eixo norteador da formação dos profissionais de saúde.

Para Mattos (2009), um dos sentidos de integralidade refere-se à recusa de formas de reducionismo, principalmente pelo reducionismo de sujeitos a objetos. Assim, é necessário reconhecer que as práticas de cuidado são intersubjetivas e que devem se nortear por uma perspectiva dialógica, determinando as necessidades dos serviços de saúde e ações em cada situação, individual ou coletivamente (MATTOS, 2001).

A humanização é enfocada também em relação ao compromisso com os direitos humanos, à garantia de acesso aos usuários dos serviços de saúde e à possibilidade de estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva na gestão dos serviços de saúde, sendo ainda explicitada como *encontro de sujeitos e subjetividades*. É também comentada a ideia de que a humanização é possibilidade de transformação da cultura institucional, um movimento contra a violência institucional na área da saúde. Assim, emergem aspectos que vão para além da relação interpessoal e, ao mesmo tempo, que reconhecem os



profissionais também em sua subjetividade:

Humanizar a atenção à saúde, com toda a intensidade de sua inscrição no debate (bio)ético passa, então, a significar; a valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e gestão do SUS (...); a garantia de acesso dos usuários às informações sobre saúde (...); a possibilidade de estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e usuários (...) (texto 25, 2008, p.486).

Atualmente, o termo humanização é aplicado àquelas situações em que, além de valorizar o cuidado em suas dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se os direitos do paciente, autonomia e subjetividade, sem se esquecer do reconhecimento do profissional também enquanto ser humano, ou seja, pressupõe uma relação sujeito/sujeito (texto 37, 2009, p.272).

Neste estudo o termo humanização nas práticas de saúde foi concebido como o encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, ou seja, o encontro de subjetividades. (...) (texto 37, 2009, p.272).

Pode-se demarcar, do ponto de vista conceitual, que os valores que norteiam a política de humanização são a autonomia, a justiça, a co-responsabilidade entre os sujeitos, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão, caracterizando uma proposta ética, estética e política (texto 25, 2008, p.486).

Sob vários olhares, a humanização pode ser compreendida como: princípio de conduta de base humanista e ética; movimento contra a violência institucional na área da saúde; política pública para a atenção e gestão no SUS; metodologia auxiliar para gestão participativa; tecnologia do cuidado na assistência à saúde (texto 32, 2009, p.254).

Em nosso entender, a humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. (...) (texto 32, 2009, p.254).

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. Tal essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (texto 32, 2009, p.255).

(...) A humanização propõe a construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da saúde e o exercício da ética, aqui pensada como um princípio organizador da ação. (...) (texto 32, 2009, p.255).

Nessa direção que extrapola as dimensões interpessoais, outro texto aponta a humanização como estratégia de oposição às dificuldades enfrentadas para a concretização do atual sistema de saúde, sendo instituída como política:

(...) o papel da humanização enquanto oposição à perpetuação de espúrias relações de poder, na dependência do fortalecimento da participação democrática dos diferentes atores envolvidos (...) (texto 25, 2008, p.486).

Esses aspectos do ser humano, considerados nesses artigos, vão ao encontro das diretrizes gerais da Política Nacional de Humanização (PNH) que apontam como necessários para a sua implementação a valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, a ampliação do diálogo entre todos os sujeitos envolvidos nas práticas de saúde, promovendo a gestão participativa, e o fortalecimento do compromisso com os direitos de cidadãos, construindo um sentido positivo de humanização (BRASIL, 2008).

A PNH afirma-se como política pública transversal, porque transversalmente às demais ações e programas de saúde, preocupa-se ao que como movimento social, dialoga e tenciona para tradução dos princípios do SUS em "como fazer", além de estimular trocas solidárias entre gestores, profissionais e usuários na produção em saúde (PEDROSO; VIEIRA, 2009).

Assim, Pedroso e Vieira (2009) definem o princípio *transversalizar* da PNH como posicionar saberes e práticas de saúde no mesmo plano comunicacional, o que provoca a desestabilização dos limites dos saberes, territórios de poder e modos instituídos nas relações de trabalho, produzindo um plano comum. Portanto, essa comunicação não deve ser

vertical, o que manteria a dissociabilidade entre elaboração e execução, nem também se trata de uma prática horizontal que acontece entre iguais, pois isso negaria os distanciamentos entre as categorias profissionais que precisam ser enfrentados, o que envolve as diferenças quanto à formação do profissional da saúde, a sua atuação na gestão e na atenção, bem como os sentidos populares que são atribuídos aos diferentes profissionais.

Essas ideias descritas sinalizam, a nosso ver, que na formação dos profissionais de saúde, é importante que as concepções e práticas de trabalho articulado, a comunicação entre os profissionais, nas diversas instâncias do SUS, e a construção de projetos de trabalho sejam contemplados de modo crítico e não idealizado.

Há ainda comentários que relacionam a humanização à recuperação de valores humanos esquecidos nos tempos atuais e ao reconhecimento da natureza humana em sua essência:

Embora o termo laico 'humanização' possa guardar em si um traço maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos ou solapados em tempos de frouxidão ética. (...) (texto 32, 2009, p.254).

Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, o que seria totalmente absurdo, mas o reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados (texto 32, 2009, p.55).

Compreendemos que se faz necessário cuidado quando nos referimos às ideias de resgate dos valores humanos para não nos limitarmos à concepção de humanização como a "ação de resgate do homem bom", o que contraria princípios da PNH relativos à produção de sujeitos autônomos e protagonistas, como comenta Pedroso e Vieira (2009).

Esses autores ainda enfatizam que a visão da humanização como ação do resgate do homem bom pode relacionar-se à compreensão da

saúde como “fazer o bem” que se articula, por sua vez, a uma maneira assistencialista, paternalista de construção das práticas de cuidado, ficando implícito o SUS como favor e não como direito de todos. Com isso, a sociedade fica nas mãos de interesses individualizados, mantendo-se práticas autoritárias de gestão e atenção (PEDROSO; VIEIRA, 2009).

As ideias até aqui tratadas podem mostrar que a visão de humanização do cuidado em saúde pode comportar algumas conotações distintas que se relacionam ao modo como são concebidos o ser humano e o processo saúde-doença, bem como a própria compreensão dos sujeitos sobre o SUS. A partir disso podem ser construídas diferenciadas práticas de ensino e atenção relativas à humanização.

Em se tratando dos conceitos/definições sobre a humanização, compreendemos que alguns artigos partem da ideia geral de que há uma compreensão já dada sobre humanização, uma vez que não definem o termo explicitamente. Com isso, é possível que o termo humanização seja utilizado, em alguns momentos, sem um referencial teórico explícito, o que pode dificultar a própria discussão conceitual desse tema na e sobre a formação do profissional de saúde, subentendendo-se, a partir da análise desses artigos, que o ensino da humanização em saúde, nos cursos de graduação, pode apresentar limites no que se refere à possibilidade de o aluno construir referenciais teóricos relacionados, principalmente, ao campo das ciências humanas, o que pode dificultar aprofundamentos teórico-conceituais ou mesmo possibilitar uma certa banalização do termo. Afinal, a que homem, conceitualmente falando, se refere o aluno em sua formação?

Referimo-nos à banalização, pois a humanização não deve ser vista desvinculada de um projeto político, como um termo isolado e fora do contexto de saúde, como uma medida particular de cada programa ou pessoa. Conforme comenta Benevides e Passos (2005), a humanização como política pública deve criar espaços de construção e troca de saberes, possibilitando mudanças nas práticas de saúde, e não ter um caráter fragmentado em cada iniciativa de atividades, propostas ou programas.

Como ensinar humanização nos cursos de graduação da área da saúde? Que humanização ensinar, considerando que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde especificam que os profissionais de saúde devem ter uma formação integral? No ensino serão claras as compreensões sobre as bases teóricas nas quais se fundamenta o conceito de humanização descrito pela PNH?

Pensar acerca dessas questões é fundamental no âmbito da formação, uma vez que a ausência ou limitação de conhecimentos mais consistentes sobre os fundamentos que podem nortear as ações “humanizadoras”, nos serviços de saúde, pode levar à construção de atitudes e ações profissionais rotineiras, padronizadas que, mesmo tendo a intenção de humanizar o cuidado, podem perder de vista a complexidade e singularidade inerentes à pessoa humana.

Considerando o contexto atual do SUS, que necessita que suas práticas sejam modificadas, para que seja construído um sistema voltado à promoção e à prevenção da saúde, muitos textos enfatizam que é necessário investir na formação dos trabalhadores de saúde e que as instituições formadoras, as universidades têm um importante papel nessa direção.

Ao ser mencionada a importância desse papel, são também delineados os limites dos modelos de formação ainda existentes, sendo apontadas necessidades de mudanças.

### **3.2 Universidade e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação na Área da Saúde: relações com o ensino da humanização**

A educação é um processo de humanização que possibilita que os seres humanos insiram-se na sociedade humana, a qual é historicamente construída e em construção, e tem como tarefa garantir a apropriação de

conhecimentos científicos, técnicos, tecnológicos, sociais, políticos, culturais, e econômicos e de pensamento pelos seres humanos, o que os tornam capazes de criar, refletir e oferecer-lhes condições que os subsidiem, para enfrentar os desafios impostos pelos diferentes contextos políticos e sociais. É a partir dela que o ser humano torna-se sujeito, de ação e reflexão, com dignidade humana, identidade própria e cidadania (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002).

A universidade também é um dos níveis de ensino que se responsabiliza por este processo de humanização e, na atualidade, esta instituição vem sendo chamada a refletir sobre seu papel na sociedade. Chauí (2003) comenta que, no Brasil, desde a década de 1990, a universidade concebida como uma instituição, o que significa ter a sociedade como referência valorativa e normativa, passa a constituir-se como uma organização social mais voltada à eficácia e produtividade, demonstradas pela rápida transmissão de conhecimento, o que traz consequências para o processo formativo.

Nos últimos anos, houve mudanças expressivas na educação superior, que influenciaram o papel da universidade na sociedade contemporânea, na maneira como as universidades administram seus recursos e propostas de formação, como: a massificação, que é o fenômeno que mais teve impacto na transformação da universidade, com a presença de estudantes de heterogênea capacidade intelectual; as mudanças no sentido social das universidades com o controle da qualidade e o estabelecimento de padrões; o novo conceito de formação contínua, que coloca que a formação para ser eficiente deve ser um processo contínuo ao longo da vida e não apenas durante a universidade; uma nova cultura universitária com uma nova visão de aluno e de uma orientação centrada na aprendizagem e não mais no ensino; o impacto nas exigências aos professores para que revisassem seus enfoques e estratégias de atuação, além da posição da universidade na sociedade do conhecimento, incorporando as novas tecnologias e do ensino a distância (ZABALZA, 2004).

Todavia, cabe ressaltar que os processos de ensinar e aprender vêm sendo pouco valorizados na universidade, até porque a própria carreira docente tem mais destaque a partir das pesquisas e publicações do que da atuação junto ao ensino, o que mostra uma desvalorização do ensino no espaço acadêmico (Cunha, 2007).

Considerando que, na universidade, a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão toma como referência a pesquisa, o que significa aprender e ensinar pesquisando e prestar serviços à comunidade relacionados à pesquisa (SEVERINO, 2002), ao ser dado maior valor à produção da pesquisa, em lógica produtivista, corre-se o risco de serem negligenciados tanto o ensino como as atividades de extensão.

Nesse contexto, no Brasil, na última década, vêm sendo construídos alguns movimentos que estimulam a reflexão sobre o papel das universidades, relacionado à valorização do ensino de graduação, o que vem sendo gerado pela compreensão e operacionalização das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, nas quais também se inclui a área da saúde.

Tendo em vista o objetivo deste estudo, alguns dos textos analisados, ao enfocarem aspectos relativos ao ensino da humanização em saúde, tecem considerações acerca dessas diretrizes curriculares.

Nesse sentido, alguns textos enfocam que a formação dos trabalhadores de saúde deve se constituir de conhecimentos técnico-científicos, políticos e éticos. Para que isso aconteça, na opinião de alguns autores, o ensino deve estar voltado para as Diretrizes Curriculares Nacionais da formação em saúde, como mostrado nos trechos a seguir:

O sistema formador de recursos humanos deve repensar para quem, como e com que propósitos vem formando profissionais de saúde. É mister lembrar que o processo pedagógico de formação de médicos e enfermeiros, assim como base conceitual que respalda a conduta desses profissionais, não se constitui em condição estática e isolada de um contexto político-social. A formação dos indivíduos na área da saúde deve se dar em consonância com as diretrizes de uma política nacional de saúde, dentro de um modelo que privilegie tanto a técnica e a competência, quanto a integridade, resolutividade e a

relevância social (texto 5, 2004, p.5).

Entendemos que, simultaneamente ao preparo técnico-científico de qualquer profissional da área da saúde, é necessário criar oportunidades para que as questões voltadas ao autoconhecimento, comunicação relacionamento intra e interpessoal sejam discutidas e experienciadas durante o período que passa no meio acadêmico. É urgente que sejam desenvolvidos processos de formação, no âmbito das universidades, que estimulem a capacitação permanente, a criatividade e a utilização de tecnologias capazes de instrumentalizar o futuro profissional para estabelecer relações que sejam satisfatórias tanto para ele próprio como para os clientes por ele assistido (texto 9, 2005, p.164-165).

(...) as condições da interação que esse meio social lhes oferece – é que são determinantes para a compreensão das resultantes deste processo. Isto confere grande responsabilidade ao sistema educacional – e, no caso em análise, ao sistema de ensino de nível superior -, posto que é sua missão formar os profissionais de saúde nos aspectos não apenas técnicos, mas também morais e éticos. A pertinência desta atribuição é reconhecida ou determinada pelas próprias diretrizes curriculares nacionais, embora, em geral, as instituições de ensino superior tratem da formação moral como se ela ocorresse naturalmente em decorrência da formação técnica (texto 25, 2008, p.484).

(...) é importante reconhecer que não apenas os docentes precisam estar conscientes e envolvidos nesse processo, como a própria faculdade deve deixar claro, para todo o seu corpo docente e discente, seu compromisso com a formação moral, não apenas explicitando que valores defende (por exemplo, respeito aos outros), como também instando a participação democrática dos indivíduos em seu cotidiano acadêmico (texto 25, 2008, p.488).

Como comenta o texto cinco, a formação dos profissionais está inserida em um contexto político-social, devendo relacionar-se à política nacional de saúde. Compreendemos, assim, que se trata de articular os projetos de formação com projetos sociais. Ou seja, é necessário que a formação dos profissionais de saúde não seja vista isolada de um projeto político e social, não contendo apenas conteúdos técnicos. Ao nosso ver, o comentário de Severino (2002, p.120) acerca da formação do educador pode ser extrapolada para o campo da formação profissional em saúde:



o investimento na formação e na atuação profissional do educador não pode reduzir-se a uma suposta qualificação puramente técnica. Precisa ser também política, expressar sensibilidade às condições histórico-sociais da existência dos sujeitos envolvidos na educação. E é sendo política que a educação e a cultura se tornarão intrinsecamente éticas.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Área da Saúde foram aprovadas a partir de 2001 como possibilidades de transformação da formação de profissionais de saúde, em nível de graduação, para atender às necessidades das próprias mudanças da contemporaneidade, de mudanças de valores, de atitudes, de paradigmas na compreensão do processo saúde-doença-cuidado, de organização dos serviços de saúde e do processo ensino-aprendizagem:

Estas diretrizes apontam na direção de uma mudança, do dito 'paradigma flexneriano', representado pelo modelo predominantemente biomédico – na maior parte das vezes também organicista e mecanicista – que serviu à educação médica do século XX, para um outro, a se construir que privilegia, como se vê nas diretrizes mencionadas, os aspectos não só biológicos, mas também psíquicos, sociais, ambientais, ecológicos e éticos que estão necessariamente implicados nos processos de saúde e doença, influenciando, portanto, diretamente nas possibilidades de tratamento e cura (texto 1, 2000, p.6).

Neste novo paradigma, há, sobretudo, uma mudança de ênfase: do ensino para a aprendizagem; da doença como entidade para o enfermo como ser humano integral; do atendimento terciário para o primário; da doença rara para a doença prevalente; do paciente horizontal para o paciente vertical; da alta tecnologia para o calor humano; da desumanização para a humanização. Este novo paradigma, além de formar o médico como praticante da ciência médica, pretende formá-lo também como um profissional da arte de curar e como cidadão (texto 1, 2000, p.6).

Observando o desenrolar desse processo [nova proposta curricular] em outras unidades acadêmicas da Universidade Federal de Goiás, que abrigam cursos da área da saúde, verificamos que, muitos desafios se colocam quando é necessário o rompimento de paradigmas, especialmente, quando se trata da postura de educadores que foram formados e aprenderam a ensinar no modelo tradicional. Parece-nos que as dificuldades são maiores para os profissionais que compreendem o saber como um ato concreto e cravado na lógica causa-efeito e ainda, quando

envolvem questões relacionadas à flexibilidade, valorização da dimensão ético-humanista e à potencialização da interdisciplinaridade (texto 9, 2005, p.164).

Todas essas ações para a humanização da assistência devem alcançar as instituições hospitalares e de ensino em saúde, pois é no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, conseguindo atingir a mudança de cultura do atendimento à saúde (texto 16, 2007, p.316).

Assumindo papel fundamental neste processo, o médico deve estar preparado para responder a estas demandas humanísticas crescentes, sendo preciso que sua formação forneça subsídios para tal intento. São necessárias mudanças no paradigma biomédico vigente, tanto na valorização da relação médico-paciente quanto na compreensão integral do processo saúde-doença. A elaboração de políticas humanísticas, tanto no trabalho como na educação, é uma das prioridades prementes (texto 39, 2009, p.460).

Cabe destacar que as Diretrizes Curriculares dos Cursos da Área da Saúde foram construídas no contexto do movimento de consolidação do SUS, o que em alguns documentos é claramente explicitado, como é afirmado nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Farmácia, Nutrição e Enfermagem.

Nas diretrizes curriculares de todos os cursos da área da saúde, são apontados como objetivos a formação geral e específica dos profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação e garantindo a capacitação desses profissionais para assegurar a integralidade da atenção, além da qualidade e humanização da assistência prestada aos indivíduos, família e comunidades (ALMEIDA, 2003).

Além disso, as Diretrizes Curriculares propõem um perfil de profissionais de saúde com uma abordagem ampla que priorize, além do aspecto cognitivo, o desenvolvimento e incorporação de qualidades técnicas e humanistas, capacitando o profissional a trabalhar em equipe, a conhecer os problemas de saúde locais e a valorizar as necessidades de saúde da população, estando, assim, apto a intervir no processo saúde-

doença, realizando medidas de caráter preventivo, dentro de uma visão integral e de valores éticos e culturais (ALMEIDA, 2003).

Cabe ressaltar que somente as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social não afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. E as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem são as que claramente explicitam que o atendimento em saúde deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento (ALMEIDA, 2003).

Alguns artigos analisados, assim, abordam os princípios e objetivos apontados pelas Diretrizes Curriculares de cada curso da área da saúde, como subsídios fundamentais para que se modifiquem o ensino e as práticas em saúde:

Alguns princípios reafirmados ao longo das Diretrizes como fundamentais para a formação do futuro médico chamam particularmente nossa atenção. Em seu artigo 4, as "competências" esperadas para o médico recém-formado refletem estes princípios: "o domínio dos conhecimentos científicos básicos de natureza biopsíquicosocioambiental subjacentes à prática médica"; "o raciocínio crítico"; uma visão social do papel do médico". No artigo 5, o mesmo acontece na apresentação dos "Conteúdos essenciais para os cursos de Medicina": "compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença"; "capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente" (texto 1, 2000, p.5-6).

(...) atualmente, no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, é claramente apontado como objetivo garantir a capacitação dos profissionais de saúde em relação à autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a humanização do atendimento de indivíduos, famílias e comunidade. Nesse sentido, dentre outros aspectos, são valorizadas as dimensões éticas e humanísticas da formação, orientadas à cidadania e à solidariedade. Construir compromissos e valores humanos no contexto da formação é essencial para a construção de uma prática humana em saúde (texto 13, 2006, p.322).

(...) As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fisioterapia estabelecem como perfil profissiográfico do fisioterapeuta a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Prevê também o rigor científico e intelectual como base para a atuação em todos os níveis de atenção à saúde. Este documento denota a preocupação com o desenvolvimento amplo e global dos futuros fisioterapeutas (...) (texto 17, 2007, p.104).

As diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia destacam a Humanização da Educação como um dos aspectos fundamentais para a concretização de novas bases para a Educação Superior, pois coloca o homem como o centro do processo de construção da cidadania, comprometida e integrada à realidade social e epidemiológica, às políticas sociais e de saúde, oportunizando a formação profissional contextualizada com os reais problemas brasileiros, e transformadora destes (texto 22, 2008, p.186).

Apreendemos a relação entre projeto social, no qual se inclui um projeto de atenção à saúde (SUS), e a demanda pela formação de trabalhadores que deem conta de fortalecer a construção desse projeto. Nesse contexto, alguns textos, de áreas profissionais distintas, indicam o papel da universidade como órgão formador que pode gerar possibilidades de mudanças nas práticas profissionais, também para a consolidação do SUS:

(...) O investimento na formação de profissionais de saúde sob a ótica da ética humanista é condição essencial inclusive para a consolidação do SUS – Sistema Único de Saúde (texto 14, 2007, p.12).

Tem-se constatado, ao longo do tempo, que o perfil de atuação dos profissionais formados por nossas universidades não tem sido suficientemente adequado para um trabalho na perspectiva da saúde como produto social e, tampouco, para um cuidado integral (texto 20, 2008, p.231).

Do nosso ponto de vista, a formação dos futuros médicos e profissionais de saúde precisa ir além das práticas atuais e avançar no delineamento dos possíveis cenários sociais nos quais estarão inseridos os atuais estudantes, identificando as diferentes necessidades de saúde da população e ampliando o foco da formação profissional (texto 20, 2008, p.231).

(...) as Universidades ainda não estão dando prioridade à formação de profissionais sensíveis com as condições de vida e saúde da população. Mas, para isso, as novas perspectivas e os novos saberes devem se fazer acompanhar de uma educação capaz de oferecer à sociedade profissionais cuja identidade seja carregada de elevada competência técnico/científica e ética, mas, sobretudo, de um sentido de emancipação social. Dessa forma, a educação universitária deve estar preocupada em formar profissionais para uma sociedade que precisa ser constituída, com base nos princípios de cidadania, respeito e justiça social (texto 5, 2004, p.43).

Esses comentários nos levam a compreender que os sujeitos envolvidos nos cursos de graduação da área de saúde precisam ter espaços para revisão dos projetos formativos, reconstruindo-os coletivamente, fundamentados nas DCNs, compreendidas não apenas como diretriz legal a ser respeitada, mas como a portadora de direcionamentos políticos acerca do sistema de saúde a serem considerados.

Nessa perspectiva de a universidade contribuir com a consolidação do SUS, investindo na formação de novos perfis profissionais nos cursos de graduação, está implicada a construção de currículos que, dentre outros aspectos contemplem modos de organização distintos do predominante modelo disciplinar, com incorporação de conteúdos que extrapolem o campo das ciências biológicas, bem como estratégias de ensino-aprendizagem que permitam que os alunos sejam considerados como sujeitos participantes.

### **3.3 Mudanças curriculares, conteúdos e estratégias de ensino-aprendizagem no cuidado humanizado**

Outro tema que se configura, a partir da análise dos artigos, refere-se à relação entre mudanças curriculares e o aprendizado da humanização do cuidado nos cursos de graduação em saúde.

Cabe considerar, como já comentado, que os perfis de formação profissional propostos nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde, no contexto do SUS, exigem mudanças nos currículos dos cursos. Mudanças essas relacionadas à incorporação de outros conteúdos de ensino para além do eixo biológico, à articulação entre os conhecimentos de distintos campos de saber e teórico-práticos, à inserção precoce do estudante em cenários reais da prática profissional, à utilização de métodos ativos de ensino-aprendizagem, dentre outros.

A construção de mudanças vem acontecendo em algumas áreas profissionais e em algumas instituições de ensino superior que estão construindo propostas e projetos que inovem os currículos, integrando os diferentes problemas de saúde, considerando a complexidade do ser humano e o seu contexto de vida, articulando ensino-serviço-comunidade, para que os profissionais de saúde tenham competência para enfrentar os atuais desafios da atenção à saúde, em uma perspectiva crítico-reflexiva, na possibilidade de transformação do sistema de saúde (CHIRELLI, 2002).

Neste estudo de mestrado, o foco não é discutir amplamente mudanças curriculares, mas sim relacioná-las com o aprendizado da humanização do cuidado pelo estudante de cursos de graduação em saúde, conforme delineado nos artigos em análise. Para tal, são feitas apenas algumas aproximações teóricas ao currículo e ao currículo em saúde, campo específico e complexo do saber.

Definir currículo implica descrever a concretização das funções da própria escola e a maneira de enfocá-las em um dado momento histórico e social, para um determinado nível de ensino, em uma trama institucional. O currículo desempenha missões diversas nos diferentes níveis da educação, conforme as finalidades e características desses níveis. Isso mostra a dificuldade em se obter um esquema claro e uma teorização ordenada sobre o currículo e o cuidado necessário para não buscarmos esquemas analíticos simplistas (SACRISTÁN, 2000).

Ainda para Sacristán (2000), os currículos expressam o equilíbrio de interesses e forças presentes no sistema educativo em um determinado

momento, considerando que por meio deles os fins da educação no sistema escolarizado são realizados. Isso supõe reconhecer os conflitos de interesses presentes nos currículos. Pelos seus conteúdos e pelas formas com que se apresentam aos professores e alunos, o currículo é uma opção historicamente configurada, que se consolida em uma trama cultural, política, social e escolar, carregando valores e pressupostos que precisam ser decifrados.

Assim, no atual contexto da saúde, no qual vem se consolidando a construção do SUS, permeado por princípios e valores democráticos, têm sido construídos movimentos de discussões da formação dos trabalhadores em saúde, o que inclui refletir sobre novas propostas curriculares, nas quais alguns referenciais teóricos e grupos de interesses se contrapõem: formação técnica *versus* formação integral; fragmentação *versus* articulação de conhecimentos; atenção básica *versus* hospital; métodos de ensino crítico-reflexivos *versus* métodos tradicionais. Têm havido espaços para inserção de novos conteúdos, estratégias de ensino e construção de novos desenhos curriculares, e o ensino da temática humanização também se insere nesses espaços, o que é mostrado pelos artigos analisados.

O termo currículo tem assumido diferentes significados, dependendo do referencial teórico utilizado pelos diversos estudiosos. Em uma visão mais ampla, o currículo pode ser definido como todas as atividades realizadas e experiências vividas pelos alunos sob a orientação da escola, considerando os objetivos que a própria escola estabelece. Nesse conceito, é observado que os objetivos institucionais do processo de formação são mencionados, além da introdução dos elementos da experiência educacional, e o currículo assume uma conotação de contexto, uma vez que se considera sua inserção social, deslocando o foco do planejamento curricular de "o que ensinar" para "para que e para quem ensinar" (MAIA, 2004).

No ensino de graduação em saúde, atualmente, ainda predomina a existência de currículos fragmentados, compartimentados, cujos

conteúdos são agrupados em disciplinas que se constituem como elementos isolados e que existem “em si próprias” como uma inserção curricular, que nem sempre responde às necessidades da formação do profissional de saúde. Essa fragmentação disciplinar resulta na tendência à especialização precoce nos cursos de graduação, com a relevância de determinados conteúdos em detrimento de outros (MAIA, 2004).

Esses currículos fragmentados estimulam a lealdade em relação a uma dada disciplina, além do desenvolvimento de um dado tipo de identidade, que valoriza o trabalho isolado, a visão do conhecimento como propriedade privada, sagrado e misterioso, a especialização de funções e o uso do currículo como instrumento de controle dos sujeitos implicados (MOREIRA, 2003).

Nesse sentido, alguns artigos, foco de análise deste trabalho, apontam críticas e questionamentos em relação aos currículos essencialmente científicos que têm por base um conjunto de disciplinas isoladas e com poucas atividades humanísticas e que tornam os profissionais cada vez mais especializados em suas áreas. São também apontados os limites na formação dos profissionais, pelo currículo disciplinar, como a presença da desarticulação teoria-prática e os conhecimentos desarticulados entre si, além de apontarem indicativos de mudanças para a formação profissional com ênfase na integralidade e totalidade do ser humano, como a articulação da cultura científica e da cultura humanista, a articulação formação-trabalho, como pode ser visto nos trechos a seguir:

Tanto instituições formadoras públicas quanto privadas, na área da saúde, apresentam uma organização curricular que tem por base um conjunto de disciplinas isoladas e estanques, reproduzidas de forma acrítica e a histórica, cuja característica relacionada à integração ensino-serviço constituem-se em “espaços isolados”, com rara comunicação permanente (texto 5, 2004, p.46).

O mito do progresso substituiu a ética pela técnica. Os currículos têm se tornado essencialmente científicos e as poucas atividades humanísticas inseridas não aparentam utilidade prática e por isso não despertam o interesse. O acesso massificado de alunos sem o devido preparo



educacional ocasionou a deformação do ensino apesar da incessante busca pelo conhecimento. Os profissionais tornam-se cada vez mais especialistas em suas áreas, porém continuam a se deparar com questões onde o conhecimento técnico não dá suporte à solução. (...) (texto 17, 2007, p.104).

(...) A articulação da cultura científica e da cultura humanista viabiliza a formação profissional voltada para as necessidades globais da pessoa com ênfase na integralidade e totalidade do ser. A formação do profissional da saúde deve compreender esta abrangência para estar preparado e poder, de fato, contribuir na prática, com a pessoa na construção progressiva de significados e ressignificados de suas situações existenciais. Isso implica considerar as diversas esferas da vida humana que vão além do biológico, principalmente a subjetividade e os processos de subjetivação. (...) (texto 18, 2008, p.89).

O processo de formação é compreendido como modo de interferir nas práticas cotidianas dos serviços, nos processos de trabalho, nos modos de gerir e cuidar, de forma a potencializar os princípios do SUS. Com os processos de formação, pode-se enfrentar e desmontar a separação formação-trabalho, ao se considerar que os processos de trabalho se constituem como matéria-prima dos processos de formação (texto 28, 2009, p.499).

Na visão dos estudantes, outro aspecto relacionado ao processo ensino-aprendizagem é a dicotomia existente entre a teoria e a prática, mais especificamente entre as ciências básicas e a clínica, levando a uma formação fragmentada, em que os conhecimentos vêm despídos de seus processos e sentidos, não propiciando uma visão integral do indivíduo e de seu processo saúde-doença (texto 40, 2009, p.558).

A estrutura curricular disciplinar, presente na maioria das universidades, que valoriza o ensino centrado nos hospitais, o biologicismo, o individualismo e a especialização precoce, sustenta a ideia de que primeiro o aluno domina a teoria e depois entende a prática e a realidade, sendo essas vistas como uma comprovação da teoria e não como um desafio, estando na maioria das vezes, localizadas no final dos cursos, em forma de estágios. Dessa maneira, as práticas pedagógicas no ensino superior configuram-se de forma linear, do geral para o particular, do teórico para o prático, do ciclo básico para o profissionalizante

(OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

Anastasiou (2007) comenta que o conhecimento aprendido como algo dado e acabado se enquadra muito bem em uma grade curricular, na qual cada professor se responsabiliza por uma parte, correspondente a sua disciplina, despreocupando-se com as demais. A síntese durante o estágio ou o trabalho de conclusão de curso (TCC), fica sob a responsabilidade do aluno, que terá que fazê-la por si só, uma vez que o currículo em grade não propiciou, para o aluno, que esta síntese, fundamental à aprendizagem fosse construída gradativamente pela articulação de conhecimentos.

O conhecimento, por outro lado, deve ser proposto como produto construído, estabelecido dentro de relações sociais específicas, e não como algo dado e acabado. Deve ser orientado por uma dada concepção de mundo, constituindo-se como processo, resultado da comparação entre as distintas alternativas de compreensão e de concretização do mundo (ANASTASIOU; ALVES, 2007). Essa perspectiva pode nos encaminhar para estruturas curriculares que se apresentam em modelos mais integrativos.

Um modelo de currículo global, integrado, adota diferentes modos de organizar o conhecimento em relação conjunta entre professores e alunos, superando a fragmentação disciplinar e propondo a articulação dos conteúdos curriculares a partir de projetos, pesquisa, resolução de problemas e outras atividades (ANASTASIOU, 2007), favorecendo o desenvolvimento da capacidade de decisão do aluno, com ênfase na construção do conhecimento, nas ideias que estabeleçam relações entre os distintos campos do saber, na valorização da estrutura profunda dos assuntos e no estabelecimento de relações mais democráticas nas salas de aula (MOREIRA, 2003).

Compreendemos que currículos disciplinares podem até incluir conteúdos que favorecem a “formação humana” do aluno, todavia, dificultam que esses conteúdos sejam efetivamente apropriados de modo significativo, pelo aluno, o que inclui a possibilidade de serem até transformados em ações cotidianas de cuidado. Modelos mais integrativos

e, principalmente, aqueles que permitem que gradativamente o aluno faça aproximações sucessivas à prática profissional, articulando-a aos referenciais teóricos, podem ter mais potencial para aprendizagem crítico-reflexiva e compromissada com a realidade.

Nos textos analisados, são feitas algumas referências à necessidade de mudanças de currículos, de articulação entre conteúdos e teoria-prática, o que pode significar alguma aproximação com modelos integrados.

Currículo integrado é um plano pedagógico que articula, de modo dinâmico, trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, considerando os problemas reais, inseridos em contextos com caracterizações socioculturais próprias, a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações e a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma dada estrutura social (DAVINI, 1999).

Davini (1999) aponta que a proposta de currículo integrado parece ser a mais apropriada para atender à necessidade de integrar ensino e trabalho na formação dos profissionais de saúde, nas suas diversas categorias, mas também aponta alguns riscos que podem ocorrer durante a sua implantação como: a aproximação entre ensino e trabalho apenas em relação ao espaço físico não garante a sua integração; a observação acrítica dos locais de serviço, sem distinguir as insuficiências que podem estar neles presentes pode dificultar a operacionalização do currículo integrado.

Tendo em vista o contexto da formação para o SUS, o qual imprime a necessidade de serem incorporadas ações que viabilizem o cuidado integral por meio de práticas interdisciplinares, estreitamente ligadas à humanização, faz sentido a discussão sobre os limites do modelo curricular disciplinar e as perspectivas de serem construídos modelos integrativos.

Considerando a responsabilidade sanitária de todos os atores envolvidos no processo da formação e do cuidado em saúde, o currículo

integrado é uma das ferramentas possíveis de superação das lacunas encontradas no modelo curricular disciplinar, o que favorece a concretização dos preceitos institucionais do SUS no cotidiano das instituições de ensino e do cuidado (OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

Cabe ressaltar, porém, que alterar a estrutura curricular não é algo simples, uma vez que exige modificações essenciais como a necessidade da profissionalização continuada dos docentes, a alteração da lógica da organização do conhecimento, a reorganização do tempo e das ações dos alunos e professores de modo alternativo, a leitura da realidade interdisciplinarmente, a partir de distintos quadros teóricos e o enfrentamento dos desafios do trabalho coletivo (ANASTASIOU, 2007).

Isso implica repensar o processo de formação, com ênfase na articulação de conteúdos das ciências humanas e conteúdos clínicos, bem como na articulação teórico-prática que favoreça transformações compartilhadas dos serviços e da escola, envolvendo novas relações entre professores, alunos e trabalhadores (texto 13, 2006, p.328).

Entendemos que a aprendizagem só se efetiva quando ocorre não uma repetição da situação através da memorização visual e mecânica, mas uma construção do conhecimento de forma individualizada numa atitude de criação e recriação, numa autoformação para uma transformação da realidade (texto 15, 2007, p. 407).

Para o alcance da integralidade do cuidado, deverá ser intrínseca a articulação dos processos de trabalho e formação de todos os trabalhadores de saúde. Este debate deve envolver uma parceria de trabalho entre os profissionais de saúde e os demais setores de práticas de saúde e pedagógicas, as esferas de gestão do sistema de saúde, dos serviços, tanto na atenção à saúde como nas instituições formadoras e no controle social (texto 23, 2008, p.113).

O grande desafio, especialmente no âmbito do SUS, tem sido o fomento dos debates acerca da humanização nos processos de reformulação curricular, de modo a permitir a formação de profissionais com uma visão mais abrangente do processo de promoção, prevenção e assistência à saúde (texto 25, 2008, p. 487).

(...) No contexto da educação médica, visualizar o eixo humanístico significa romper com estruturas fragmentadas dos cursos, como disciplinas isoladas e não integradas, com

a tendência à especialização precoce do estudante (...)  
(texto 40, 2009, p.559).

Ao nos referirmos a currículo, além do formato/desenho como esse se configura, estão incluídos os conteúdos de ensino como um elemento essencial do processo pedagógico.

Os conteúdos de ensino são o conjunto de conhecimentos, habilidades, hábitos, valores e atitudes de atuação social, organizados de modo pedagógico e didático, considerando a assimilação ativa e a aplicação pelos estudantes em sua vida. Envolvem, assim, conceitos, ideias, fatos, processos, princípios, leis científicas, regras, métodos de compreensão e aplicação, hábitos de estudo, trabalho, convivência social, atitudes, convicções e valores. Os conteúdos são expressos nos programas oficiais, nos materiais didáticos, nos planos de aula, nas próprias aulas, nas atitudes dos professores, nos métodos e formas de organizar o ensino. Eles revelam a experiência social da humanidade em relação a conhecimentos e modos de ação que se transformam em instrumentos a serem assimilados e compreendidos pelos alunos, dando condições de enfrentamento das exigências teóricas e práticas da vida social (LIBÂNEO, 1994).

As disciplinas que compõem os currículos dos cursos da área da saúde são abordadas, em alguns textos analisados, sendo apontadas algumas ideias como: a valorização da inclusão de conteúdos que abordam o homem em sua dimensão humana; as disciplinas humanísticas que se preocupam com a melhoria da natureza humana e com o bem-estar social e que os currículos valorizam pouco os conteúdos relacionados à humanização, havendo uma ênfase maior nos conteúdos técnicos e relacionados exclusivamente aos aspectos biológicos do ser humano.

A ênfase na incorporação dos conteúdos da área de saber das ciências humanas está relacionada com a compreensão do homem para além da dimensão biológica, o que é fundamental para a construção do cuidado.

Apreender conhecimento a respeito do que é um ser humano

associa-se à oportunidade de assimilar o conhecimento adquirido pela humanidade, o que é inerente ao sistema formal educativo. Além disso, incluir conhecimento sobre a natureza humana e desenvolver atitudes que valorizem o homem, contribuem para a humanização da profissão. A inclusão destes conteúdos torna-se prioridade nos novos currículos, pois há uma crescente importância dos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos na área da saúde. (MARTINS, 2001).

Os currículos das escolas dos futuros profissionais da saúde valorizam pouco os conteúdos relacionados à humanização da assistência, enquanto há hipervalorização dos conteúdos técnicos e relacionados exclusivamente aos aspectos biológicos do ser humano. Tanto o aprendizado em saúde quanto o exercício profissional demandam, além de conhecimentos advindos das ciências biológicas, a compreensão de conceitos e desenvolvimento de valores exigindo aproximação das ciências humanas (texto 37, 2009, p.272).

Nesse contexto, alguns autores abordam, em seus textos, que mudanças nas práticas em saúde, relacionadas à aprendizagem da humanização do cuidado, ocorrem quando nos currículos dos cursos de graduação são enfatizadas disciplinas que abordam temas como ética, bioética, saúde coletiva, relacionamento interpessoal em saúde mental, aspectos psicossociais, homeopatia:

Deve-se ter a ética como um conteúdo primordial dentro dos cursos, o conhecimento ser melhorado e aprofundado, mas também é fundamental estabelecer um elo com os referenciais éticos da justiça, solidariedade e da busca de equidade, compreendendo-se esta como o tratamento de cada pessoa humana segundo suas necessidades de saúde e procurando diminuir as desigualdades existentes em nosso país (texto 5, 2004, p.44).

As participantes do estudo [estudo feito com médicos e enfermeiros que integram as equipes de duas Unidades Básicas de Saúde] também afirmaram que 'a estrutura curricular dos cursos da área da saúde não está voltada para a Saúde Coletiva'. Pois, embora existam disciplinas que abordem o tema em questão e exista esse componente curricular específico, elas contestaram a visão, a forma como a Saúde Coletiva é abordada para os estudantes de graduação (Texto 5, 2004, p.44).

Reconhecemos que conteúdos incorporados nas aulas

teóricas e práticas ancoradas no referencial da psicanálise, do relacionamento interpessoal e da saúde coletiva com o objetivo de humanizar o atendimento em saúde mental, segundo estes docentes, colaboram para o redimensionamento do valor do indivíduo que padece psicologicamente (texto 12, 2006, p.366).

O ensino de relacionamento terapêutico e comunicação terapêutica não são somente enfatizados nas disciplinas de saúde mental e enfermagem psiquiátrica, mas também em outras disciplinas de formação do enfermeiro. Ministrando conteúdos sobre relacionamento terapêutico e comunicação terapêutica permite o resgate da enfermagem enquanto profissão que lida principalmente com o sofrimento humano e não somente com a doença (texto 12, 2006, p.367-368).

(...) Transcendendo horizontalmente a mera questão de prescrever as melhores condutas nas atividades profissionais, a bioética inclui, em seu corpo teórico-prático, outros referenciais, como autonomia, justiça, proteção e compaixão (somente para citar alguns), aproximando-se mais do homem e da perspectiva do tornar-se homem - ou seja, do humanizar-se -, não o considerando apenas como paciente, mas se mantendo atenta a sua complexa inscrição no mundo, aspecto extremamente significativo no atual processo de trabalho em saúde (texto 25, 2008, p.485).

A adoção de disciplinas psicossociais (...) poderia ser uma alternativa relevante, com o intuito de propiciar uma reflexão sobre a conduta com o paciente por meio da discussão de temas como as relações interpessoais no trabalho e, sobretudo, médico-paciente, destacando-se a importância de uma boa relação no processo de recuperação da saúde (texto 30, 2009, p.21).

Correspondendo aos anseios humanísticos da formação médica, disciplinas eletivas ou obrigatórias de homeopatia poderiam ser incorporadas ao currículo das faculdades de Medicina, transmitindo aos estudantes algumas das 'competências éticas e relacionais que todo aluno de Medicina deve adquirir ao longo da sua formação para se graduar como médico', por exemplificar por meio dos ensinamentos teórico-práticos muitos dos 'objetivos terminais da área de humanidades no ensino médico de graduação' (texto 37, 2009, p.460).

Nos artigos que enfocam especificamente o tema da humanização, apenas para exemplificar, alguns dos conteúdos que são abordados sobre o ensino da humanização são: o ensino do modelo homeopático como

elemento adjuvante e complementar à humanização da formação médica, o ensino da bioética como tema transversal ao longo dos currículos de graduação em Medicina como possibilidade de mudanças nos perfis dos profissionais de saúde; o enfoque da humanização do parto no contexto da formação médica em uma disciplina de ginecologia e obstetrícia, o ensino da humanização do cuidado em uma disciplina do curso de graduação em enfermagem, em cuidados ao recém-nascido.

Além de comentários acerca da inclusão de conteúdos que enfocam o homem em seus aspectos psicológicos, socioculturais e antropológicos, alguns textos discutem a pertinência de ser constituída uma disciplina específica que aborde a temática humanização. Em um dos textos analisados, os sujeitos (médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família) enfocam explicitamente que a temática humanização deveria ser vista como uma disciplina específica:

As participantes apontaram, também, a necessidade de se 'trabalhar a humanização' no contexto de uma disciplina específica (texto 5, 2004, p.44).

Por outro lado, é apontado, em alguns artigos, que a inserção de uma nova disciplina ou mesmo de um eixo de humanidades, de uma disciplina isolada ou mesmo obrigatória que contenha os conteúdos de humanização, é insuficiente para contemplar o aprendizado do cuidado humanizado. Além disso, é também apontado que essas disciplinas parecem focos dispersos, sendo necessário que se implementem, além de disciplinas de ciências humanas aplicadas à saúde, espaços de reflexão das humanidades a partir de referenciais teóricos:

(...) se apenas criarmos disciplinas isoladas – eletivas ou mesmo obrigatórias – que contemplem os conteúdos da dita humanização, elas parecerão oásis, ou focos esquizóides, dissonantes com o espírito das demais disciplinas. Por isso, parece-nos de suma importância uma mudança interna de postura e de valorização. Assim, poderemos humanizar o ensino e, por conseguinte, a prática da medicina não só através da implementação de disciplinas das ditas *ciências* humanas, aplicadas à saúde, como de disciplinas e espaços de reflexão das ditas *humanidades*, a partir da filosofia e mesmo da literatura. O principal permanecendo, porém, o reconhecimento e a



valorização conferida, em todas as disciplinas do curso em geral, a este enfoque reflexivo, transdisciplinar, integral, bio-psíquico-socio-ambiental (texto 1, 2000, p.7)

(...) É claramente insuficiente – e a experiência tem demonstrado isso – a simples inserção de uma nova disciplina ou mesmo de um eixo de humanidades no currículo. (...) (texto 25, 2008, p.488).

Em outros textos, é comentado que, no ensino médico, são colocadas disciplinas de *humanidades médicas* nos currículos, mas que elas são abordadas de forma superficial e periférica, sendo percebidas como prescindíveis e desinteressantes pelos alunos e professores, além de ser difícil de serem articuladas com as outras disciplinas do currículo:

No ensino médico, há algum tempo, várias escolas daqui e de outras partes do mundo colocaram disciplinas de humanidades médicas em seus currículos de graduação. As experiências são bem heterogêneas, mas é comum a dificuldade de integrar os temas humanísticos ao escopo da medicina. Ainda que essenciais à boa prática médica, para muitos alunos e professores as disciplinas de humanidades médicas são tidas como prescindíveis e desinteressantes (texto 32, 2009, p.259)

A humanização se inscreve como um tema nessas disciplinas, mas frequentemente é abordada de forma superficial e periférica. Em nossa experiência de trabalho numa disciplina de humanidades, percebemos que os alunos desconhecem completamente a abrangência significativa da humanização nas práticas de saúde (texto 32, 2009, p.259)

Convém comentar que, nos textos anteriormente apontados, há uma indicação de disciplinas relativas às *humanidades médicas*, o que precisaria ser mais bem discutido: o que são os saberes das humanidades? Que “recortes”/delimitações realizar a partir do âmbito geral das ciências humanas, tendo como foco a formação do profissional da saúde? Trata-se de questões complexas que envolvem a “formação humana” do profissional da saúde, a nosso ver, ainda não tão exploradas.

É interessante a inserção de conteúdos e disciplinas que foquem questões relativas às ciências humanas e que fundamentem a visão sobre o homem, o que pode contribuir para a compreensão sobre as atuais

propostas políticas de humanização da atenção em saúde. Porém, apenas a inserção de conteúdos e disciplinas não garante mudanças significativas na formação do graduando em saúde, uma vez que esses conteúdos podem ficar circunscritos a algumas disciplinas específicas, muitas vezes de formação básica das áreas humanas, oferecidas no início dos cursos que pouco se articulam umas às outras, bem como a disciplinas de formação clínica. Assim, corre-se o risco de os alunos adquirirem alguns conhecimentos cognitivos, com poucas oportunidades de revisão de atitudes profissionais.

Essa desarticulação pode também levar a uma limitada compreensão fragmentada entre conhecimentos de natureza biológica e técnica e conhecimentos de natureza humana, considerando que, muitas vezes, são poucas as oportunidades de ensino disponibilizadas aos estudantes de realizarem compreensões e ações que efetivamente interliguem esses conhecimentos de modo aprofundado.

Assim, em alguns textos analisados, é comentado que, apesar de às vezes serem inseridos conteúdos da dimensão humana em disciplinas, eles podem ficar desarticulados da prática clínica, no aprendizado do estudante, como apontado abaixo:

A formação em enfermagem tem valorizado a inclusão de conteúdos que abordam o homem em sua dimensão humana, envolvendo questões subjetivas e sociais, na tentativa de ampliar a perspectiva biológica, clínica e técnica do cuidar em saúde. (...) o modo como esses conteúdos são ministrados faz com que sejam compreendidos de forma abstrata pelos alunos, já que eles não são articulados com os conteúdos clínicos, vistos posteriormente. É como se fosse esperado que os alunos sozinhos fizessem essa articulação, no decorrer da prática clínica hospitalar, o que é pouco provável (texto 13, 2006, p.324).

Nesse contexto, a formação humanística, que segundo Maia (2005), é a preparação do futuro profissional de saúde para estabelecer relações essencialmente humanas com seus pares e, sobretudo, com seus pacientes, não deve ser contraposta à formação científica, como dois componentes diferentes da formação profissional da área da saúde, mas

devem ser vistas como eixos de um mesmo processo, tendo como objetivo a mobilização do interesse e a formação do aluno para o cuidado integral do ser humano (MAIA, 2005).

É preciso pensar o problema do ensino por dois lados, por um, os efeitos cada vez mais graves da fragmentação dos saberes e da incapacidade de articulá-los, uns aos outros, e por outro, a aptidão para contextualizar e integrar como uma qualidade essencial da mente humana, que precisa ser desenvolvida e não atrofiada (MORIN, 2001).

Um planejamento curricular que contenha conteúdos fragmentados torna difícil a aquisição de uma visão integral do ser humano pelo aluno. E essa fragmentação presente no currículo, aliada à dificuldade de operacionalizar a formação humanística, que está ligada a valores, posturas e comportamentos, faz com que a dimensão do desenvolvimento profissional ocorra em decorrência de casualidades das relações entre professores, alunos e pacientes, e não de forma planejada inserida no currículo, acontecendo o que se chama de "currículo oculto" (MAIA, 2005).

A aprendizagem dos alunos nas escolas se organiza em relação a um projeto cultural, sendo então o currículo, primordialmente, uma seleção de conteúdos culturais organizados de modo peculiar. Esse projeto cultural se realiza em determinadas condições políticas, administrativas e institucionais, uma vez que a escola constitui-se de uma série de regras que ordenam as experiências que os alunos e os professores poderão ter, inseridos nesse projeto. Essas condições, ao mesmo tempo em que modelam o currículo, são fontes por si mesmas de um currículo paralelo e oculto. Na prática, o currículo não tem valor, a não ser em função das condições reais nas quais se desenvolve, enquanto se modela em práticas diversas (SACRISTÁN, 2000)

Em relação ao ensino da humanização, apesar de existirem, em algumas escolas, conteúdos oficiais voltados para tal e modelos específicos de currículos, no cotidiano, são também o tempo todo veiculados conteúdos, incluindo valores e normas implícitos, por meio do

que ensinam e fazem os professores e demais sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

Do que foi até então exposto, é possível apreender a complexidade da realização de mudanças efetivas que envolvam os currículos dos cursos de graduação, com a intenção de favorecer a aprendizagem de conceitos, experiências e atitudes promotoras de “relações humanizadoras”. Não se trata simplesmente de alterações nos formatos/desenhos curriculares, nem somente alteração de conteúdos.

Alterar a estrutura curricular, no sentido de inserir ou alternar a ordem de conteúdos, contribui pouco na melhoria da aprendizagem, uma vez que o problema é mais complexo e origina-se na concepção de conhecimento que está presente na organização dos conteúdos e no ato de aprender. Há uma questão política que pressupõe uma concepção de homem e de sociedade e envolve os fins da educação (CUNHA, 2002).

Esta afirmação de Cunha leva à compreensão de que discutir o ensino da humanização pode envolver mudanças curriculares, todavia, isso envolve, por sua vez, reflexões amplas entre os sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem, em relação aos valores, políticas e finalidades do processo formativo.

Na concepção de alguns textos analisados, o ensino da humanização é também viabilizado por estratégias de ensino que extrapolam o método tradicional. Cabe considerar, desse modo, que em algumas situações, pode ocorrer que disciplinas que enfoquem a dimensão humana fiquem restritas à utilização de métodos de ensino tradicionais, nos quais os professores prioritariamente transmitem conhecimentos informativos aos estudantes, havendo, como já comentado, poucas oportunidades para reflexão e sensibilização, elementos fundamentais para a construção de aprendizagem atitudinal, aprendizagem essa estreitamente envolvida na compreensão e realização de um cuidado humanizado.

O que está sendo dito é que a aprendizagem da temática humanização comporta uma compreensão ampliada acerca dos conteúdos

de ensino para além de fatos, informações e conceitos. A esse respeito, propõe Zabala (1998) uma tipologia para os conteúdos de ensino, aqui apresentada sucintamente, relacionada a aspectos factuais, conceituais, procedimentais e atitudinais.

Os conteúdos factuais referem-se ao conhecimento de fatos, acontecimentos, situações, dados e fenômenos concretos e singulares, como a idade de uma pessoa, os nomes, os códigos, tendo como traço definidor sua singularidade e seu caráter descritivo e concreto. Seu aprendizado se mostra quando esses conteúdos são reproduzidos, de forma literal ou por meio de uma lembrança o mais fiel possível de todos os elementos que o compõem e de suas relações. Os conteúdos conceituais englobam os conceitos que se referem ao conjunto de fatos, objetos ou símbolos que têm características comuns, e os princípios que se referem às mudanças que se produzem num fato, objeto ou situação em relação a outros fatos, objetos e situações e que normalmente descrevem relações de causa-efeito ou de correlação. São tratados conjuntamente, pois ambos têm como denominador comum a necessidade de compreensão. Os conteúdos procedimentais são um conjunto de ações ordenadas e com uma finalidade, dirigidas para a realização de um objetivo, como ler, aprender, observar, calcular, etc., e que inclui as regras, técnicas, métodos, destrezas ou habilidades, as estratégias e os procedimentos. São aprendidos, em linhas muito gerais, a partir de modelos especializados. A realização das ações que compõem o procedimento ou a estratégia é o ponto de partida. E, finalmente, os conteúdos atitudinais englobam uma série de conteúdos que, por sua vez, podem ser agrupados em valores, atitudes e normas e que têm características diferenciadas que se relacionam com a distinta importância dos componentes cognitivos, afetivos ou de conduta que contêm cada um deles. Os métodos vinculados à compreensão e elaboração dos conceitos associados ao valor, à reflexão e à tomada de posição envolvem um processo que necessita de elaborações complexas de caráter pessoal (ZABALA, 1998).

Considerando que os objetivos, conteúdos e métodos de ensino precisam ser articulados com coerência, cabe, agora, destacar, como já comentado, que alguns dos textos analisados apresentam e discutem estratégias de ensino que vêm sendo utilizadas no ensino da humanização.

O processo de ensino-aprendizagem envolve a combinação de atividades do professor e dos alunos, sendo organizado pela atuação sistematizada do professor que, tanto no planejamento como no desenvolvimento das aulas, articula objetivos, conteúdos, métodos e formas organizativas do ensino. Os métodos são determinados pela relação objetivo-conteúdo, referindo-se aos meios para o alcance dos objetivos delineados, ou seja, dizem respeito ao “como” do processo de ensino. São, assim, características dos métodos de ensino: orientação para os objetivos, implicação com ações sistematizadas realizadas por alunos e professor e uso de meios. A seleção dos métodos de ensino relaciona-se a uma concepção metodológica mais ampla do processo educativo, envolvendo, pois, os fins sociais e pedagógicos do ensino, os desafios impostos pela realidade social, as expectativas de formação dos alunos, tendo em vista a sua atuação crítica e criadora na sociedade, as implicações da origem de classe dos alunos no processo ensino-aprendizagem, a relevância social dos conteúdos, dentre outros (LIBÂNEO, 1994).

O termo estratégia origina-se do grego *strategía* e do latim *strategia*, referindo-se à arte de aplicar ou explorar os meios e condições favoráveis, tendo em vista a consecução dos objetivos específicos de cada aula. Cabe ao professor selecionar, organizar e propor as melhores ferramentas facilitadoras para que os estudantes se apropriem do conhecimento (ANASTASIOU; ALVES, 2007).

Pelas estratégias aplicam-se e exploram-se os meios, modos, jeitos e formas de evidenciar o pensamento, respeitando as condições favoráveis para executar algo, e esses meios comportam determinadas dinâmicas que devem considerar o movimento e as forças em atividade.

Assim, o conhecimento dos estudantes é fundamental para escolher a estratégia, o seu modo de ser, de agir, além de sua dinâmica pessoal (ANASTASIOU; ALVES, 2007).

Que estratégias de ensino utilizar para facilitar a aprendizagem da humanização, conteúdo, como já apontado, que envolve não apenas conceitos, mas construção atitudinal pelos alunos, com a finalidade de contribuir para a construção de práticas profissionais *humanizadoras* no contexto do SUS?

Em alguns textos, os autores abordam a utilização de estratégias vivenciais relacionadas às atividades práticas desenvolvidas pelos estudantes, ao estímulo à reflexão e ação crítica, à metodologia problematizadora, ao trabalho em pequenos grupos, incluindo também *métodos alternativos* de ensino como os jogos dramáticos, o sociodrama e o *role-playing*, além de debates, simulações e discussões de filmes:

Escolhi a Metodologia Problematizadora, pois acredito que a construção de um processo educativo reflexivo serve como um pano de fundo para as mudanças que se fazem necessárias no ambiente de trabalho, e que efetivamente contribuem para a efetivação dos processos de 'humanização do cuidado prestado' (...) (texto 4, 2004, p.169).

(...) a satisfação do profissional se ampara na dinâmica das relações humanas, no campo interacional, onde ocorre o cuidado vivo, pois quando oferecemos aos profissionais oportunidades de pensar e fazer o seu trabalho na perspectiva das interações, viabilizamos a transformação na atenção em saúde. É pouco provável que essa transformação ocorra apenas com a capacitação dos profissionais da prática, mas pode ser viabilizada com investimento na formação de futuros profissionais, principalmente se na graduação dos cursos na área de saúde o processo de aprendizagem for centrado em estratégias que levem à reflexão e ação crítica (texto 14, 2007, p. 12).

A atuação na docência deve contribuir para nos tornar cada vez mais conscientes de que, em uma ação educativa, devemos associar os saberes científicos (a razão) e os saberes humanísticos (a emoção), permitindo ao estudante liberdade para pensar, refletir e recriar (...) (texto 15, 2007, p. 407).

Esse currículo [novo currículo do curso de Medicina da UEL] priorizava a integração entre os ciclos básico e clínico, a

integração dos conteúdos ao longo de todo o processo de formação e a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em especial da aprendizagem baseada em problemas. (...) (texto 20, 2009, p.233).

O processo ensino-aprendizagem deve ser composto de elementos cognitivos e afetivos, possibilitando ao aluno uma maior abertura com o professor para tirar suas dúvidas sem receio de ser repreendido, desenvolvendo segurança durante as atividades clínicas e a transferência dessa boa relação ao paciente. Projetos pedagógicos que consideram as Diretrizes Curriculares e a integração curricular devem dar a ênfase à integração entre os conteúdos humanos e técnicos, desenvolvendo-se aspectos humanísticos durante as diversas atividades clínicas, nas quais o aluno deve estar atendendo os pacientes e, ao mesmo tempo, vivenciando e teorizando sobre suas dificuldades na relação interpessoal (texto 22, 2008, p.189).

Ao lado dessas informações científicas, propõe-se a inclusão formal de vivências durante a graduação que recorram a outras estratégias de ensino, como, por exemplo, o emprego de técnicas psicodramáticas. Já há trabalhos nessa linha, mas são experiências esporádicas, sem a força transformadora necessária para aliviar a ansiedade e humanizar o ensino (texto 24, 2008, p.472).

Os jogos dramáticos e o sociodrama possibilitariam abordar a polêmica moral e ética envolvida na tomada de decisão sobre informar ou não à criança [*foco do estudo*]. Pesquisadores que analisaram relatos de alunos de graduação do curso médico verificaram que, apesar da visão organicista vigente na maioria das faculdades, eles têm a percepção de que várias decisões na sua ação profissional não são pautadas apenas pela objetividade, mas influenciadas pela subjetividade, tanto deles quanto do paciente (...) (texto 24, 2008, p.472).

Do ponto de vista dos métodos e técnicas pedagógicas utilizados no ensino da ética e da bioética, cabe examinar o que se pode esperar de cada um, de seus limites e potencialidades. Por exemplo, é majoritariamente aceito hoje que as atividades de ensino-aprendizagem realizadas em pequenos grupos são mais eficazes (texto 25, 2008, p.488).

Outros métodos podem e devem ser empregados [no ensino de ética e bioética], mas tendo-se bastante clareza em relação ao objetivo educacional a que se propõem. Por exemplo, (...) discussão de casos (...) *role-playing* (...) clubes de debate e competições (simulações de julgamento



inclusive) (...) discussão de filmes (...) (texto 25, 2008, p.488).

A prática, aliada aos conceitos teóricos, foi um elemento importante referenciado pelos estudantes e que mereceria maior atenção dos coordenadores e docentes (texto 30, 2009, p.21).

A dinâmica foi incorporada e interpretada pelos participantes de modo pleno, demonstrando que as soluções para as questões abordadas podem ser encontradas no íntimo de cada aluno que passa por uma situação de inversão de papéis com sua paciente. Essa reflexão é peça-chave para assimilação de conteúdos conceituais e atitudinais relevantes para a práxis médica (...) (texto 31, 2009, p.82).

A técnica de *role-playing* pode ser usada para desenvolver as habilidades de comunicação propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, propiciando também um ambiente de aprendizagem centrado no estudante com metodologia ativa (texto 41, p. 82, 2009).

Essas estratégias pontuadas nos textos analisados como favorecedoras da aprendizagem da humanização têm em comum alguns elementos como: a participação ativa do aluno no processo ensino-aprendizagem, a articulação de dimensões conceituais e atitudinais, uma vez que é considerada a subjetividade como aspecto importante do processo ensino-aprendizagem, a articulação da teoria com a prática geradora de compromisso profissional e social pelo estudante e a construção de relações mais democráticas com o professor.

Cabe ressaltar que as DCNs dos cursos de graduação em saúde também estimulam a utilização de métodos ativos de ensino-aprendizagem, destacando o seu potencial para a formação crítico-reflexiva indicada nos perfis profissionais.

De modo geral, essas estratégias podem ser consideradas como métodos ativos de ensino-aprendizagem que se contrapõem ao método tradicional, fortemente marcado pela priorização na transmissão do conhecimento pelo professor e pela memorização do estudante.

Haidt (2002) fundamentando-se em Jean Piaget discorre sobre

métodos de ensino, classificando-os em: métodos verbais tradicionais, que se fundamentaram pela epistemologia associacionista; métodos ativos, que foram desenvolvidos a partir de pesquisas e conclusões da Psicologia do desenvolvimento e do construtivismo operacional e cognitivo; métodos intuitivos ou audiovisuais, baseados na Psicologia de Gestalt e ensino programado, que se baseia na reflexologia e a Psicologia comportamental ou behaviorista.

Discorrendo especificamente sobre métodos ativos, Haidt (2002) descreve o método ativo como aquele que recorre à atividade dos alunos, incentivando-a, sendo que esta atividade não se reduz a ações concretas, pois inclui principalmente a ação interiorizada, ou seja, a reflexão. E destaca como precursores dos métodos ativos Rousseau, Pestalozzi, Froebel e Herbart, e como mentores dos métodos ativos, atualmente, Kerchensteiner, Dewey, Claparède, Decroly, Maria Montessori e Freinet.

Outros artigos do campo da saúde como Cyrino e Toralles-Pereira (2004), Fernandes et al. (2005), Ferreira e Ramos (2006), Mitre et al. (2008) também discutem sobre as metodologias ativas do processo ensino-aprendizagem como possibilidades para a formação de profissionais críticos, criativos, reflexivos, com compromisso político, capazes de solucionar os possíveis problemas da sociedade, ocupando lugar de sujeitos na construção de sua aprendizagem.

O psicodrama, o sociodrama e os jogos dramáticos são mencionados como métodos utilizados em algumas experiências educativas com alunos dos cursos de graduação em saúde.

O psicodrama é o método psicoterápico de grupo por excelência, que foi criado por Jacob Levy Moreno, e que estabeleceu desde sua criação um *setting* grupal com a presença do terapeuta, representado como diretor de cena, seus egos auxiliares e os pacientes, que são tanto protagonistas como público. É o método psicodramático de abordagem dos conflitos interpessoais, cujo âmbito natural é o grupo, e está fundamentado na teoria de papéis, os quais expressam as distintas dimensões psicológicas do eu e a versatilidade potencial das

representações mentais, e pelo exercício da espontaneidade, que é a matriz de todo ato criador (OSÓRIO, 2000).

O psicodrama pedagógico é um método didático que permite o manejo do grupo como unidade, garantindo a aquisição do conhecimento no plano intuitivo e intelectual. Origina-se do psicodrama de Moreno que explora a verdade por meio de métodos dramáticos, utilizando terapias de grupos que se baseiam no desenvolvimento de papéis e ajudam a pessoa a alcançar um desempenho sociocultural, que envolve as relações humanas e a intersubjetividade (FERNANDES; KELLERMANN, 2009).

O conhecimento no psicodrama pedagógico deve ser construído, de maneira interativa entre aluno, professor e contexto social. Assim, o aluno confere sentido ao seu conhecimento, atingindo níveis mais sutis de generalização e abstração e objetivando uma identificação plena possível entre aquilo que se conhece e aquele que se está conhecendo (FERNANDES; KELLERMANN, 2009).

Dentre as técnicas utilizadas no processo psicodramático, está a inversão dos papéis, o espelho, o duplo, o alter-ego, o solilóquio, a prospecção ao futuro e a escultura. Entre estas, destacamos a inversão de papéis, na qual as pessoas trocam de lugar e assumem outro papel na situação interativa que está sendo representada (OSÓRIO, 2000). Esta técnica, utilizada no contexto pedagógico, facilita que o aluno desenvolva atitudes, empatia, o autoconhecimento, que é imprescindível para a construção de relações interpessoais.

Nos textos analisados e que abordam metodologias ativas de ensino, essas são utilizadas em situações específicas como, por exemplo, no texto 24, os autores, ao mencionarem a inclusão formal de vivências durante a graduação, a utilização de jogos dramáticos e o sociodrama, referem-se à abordagem ética envolvida na tomada de decisão sobre informar ou não más notícias à criança, na tentativa de aliviar a ansiedade e humanizar o ensino. No texto 31, a técnica de *role-playing* foi utilizada com acadêmicos de Medicina admitidos no módulo de Ginecologia e Obstetrícia, com o intuito de analisar o impacto da troca de papéis, ao realizarem simulações

de exame ginecológico, durante o ambulatório de ginecologia.

Outra estratégia comentada pelos textos refere-se à aproximação do estudante com a realidade, sendo os alunos inseridos em situações cotidianas reais da prática profissional. Isso vem sendo estimulado pelas atuais políticas de formação dos profissionais da saúde e implica em fortalecimento das parcerias ensino-serviço. Trata-se de estratégia fundamental para a aprendizagem da humanização, pois o estudante, em situação real da prática profissional pode aproximar-se das condições concretas de vida das pessoas, das problemáticas dos serviços de saúde e da comunidade, bem como se experimentar no exercício profissional gradativamente de modo crítico e sensível.

No texto analisado de número 19, é abordada a estratégia de ensino que consiste em inserir o aluno em equipes de saúde da família para vivenciar as práticas da realidade do SUS, enfatizando a prevenção de doenças e a promoção da saúde, a vivência com o usuário, na compreensão do processo saúde-doença e na busca de construção de uma assistência integral. No texto 20, é abordada a interação ensino, serviços e comunidade como um dos módulos do currículo integrado do curso de Medicina da Universidade de Londrina (UEL), que tem como objetivo possibilitar aos estudantes uma inserção nas Unidades Saúde da Família, que lhes permitam compreender os determinantes do processo saúde-doença, prevenção de doenças e promoção da saúde. Essa interação ensino, serviços e comunidade é vista como um aspecto positivo à aprendizagem, como percebido nos trechos abaixo:

Os alunos responderam que observaram mudanças em sua forma de atender (68%), sendo a principal delas a visão que passaram a apresentar do paciente como um ser biopsicossocial. (...) (texto 19, 2008, p.87).

A parceria com os serviços melhorou, e o ganho mútuo foi maior com os estudantes atuando no enfrentamento de um dos principais problemas de saúde que incidem sobre a população e os serviços, com uma atenção mais humanizada aos hipertensos mais severos e resistentes ao tratamento (...) (texto 20, 2008, p. 235).

Os cenários escolhidos para a realização das práticas em saúde que tenham oportunidades de articular ensino com a atenção desenvolvida nos serviços de saúde são fundamentais para professores e alunos nas práticas de cuidados como elemento estruturante de sua profissionalização. Todavia, na formação dos profissionais da área da saúde, principalmente na formação médica e de enfermagem, a realização dos estágios é predominantemente no hospital universitário que é a sede de atenção dos métodos terapêuticos centrados em procedimentos e alta tecnicidade, além das especializações. A visão distorcida dos serviços de saúde e a especialização precoce são resultados das experiências de práticas de ensino vivenciadas prioritariamente nos hospitais, gerando uma apreensão desfocada da realidade de saúde da população e uma assistência centrada no paradigma biomédico e não na integralidade (MACÊDO et al., 2006).

Nesse sentido, é importante que a proposta pedagógica dos cursos de graduação em saúde não apenas tenham como uma das estratégias a inserção precoce dos alunos nos cenários reais, mas que esta inserção se diversifique nos distintos níveis do sistema de saúde, sendo dada ênfase à atenção básica, muitas vezes, negligenciada no âmbito da formação. Sua importância, dentre outros aspectos, reside na oportunidade de os alunos entrarem em contato com a comunidade, explorando mais as perspectivas do enfoque da promoção da saúde, condizente com os atuais dispositivos político-legais da atenção e da formação em saúde.

Ainda com ênfase nas estratégias de ensino promotoras da aprendizagem sobre a humanização do cuidado em saúde, cabe ressaltar que os artigos não enfocam o uso da problematização e do PBL, exceto o de número quatro que faz alguns comentários sobre o ensino de humanização, mas utiliza a metodologia problematizadora em atividade educativa realizada junto a trabalhadores.

Concebemos, a nosso ver, que tais estratégias, apesar de não enfatizadas, também contribuem para a aprendizagem da humanização, uma vez que aproximam os estudantes das situações da vida cotidiana na qual sua prática profissional será desenvolvida.

Dentre as metodologias problematizadoras estão a problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP), que são propostas diferentes, mas que trabalham com o problema para desenvolver o processo de ensino-aprendizagem (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

A Metodologia da Problematização desenvolve-se a partir da inserção do aluno na realidade. É uma metodologia proposta como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, que deve ser utilizada, sempre que necessário, nas situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade, sendo apropriada para o Ensino Superior (BERBEL, 1998). Trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas do aluno. Assim, o aluno, nessa metodologia, aprende o conteúdo de ensino por meio de problemas vivenciados, de relações que devem ser descobertas e construídas por ele, considerando a sua estrutura prévia de conhecimentos (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

A aprendizagem baseada em problemas é uma proposta de reestruturação que tem como objetivo a integração das disciplinas e o enfoque na prática. Para tal, são organizadas, pelo professor, situações-problema que o aluno deve dominar. Há o predomínio do aprendizado de conteúdos cognitivos e centrados no aluno (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

No texto quatro, a metodologia problematizadora foi utilizada para caracterizar uma prática assistencial com a realização de um ciclo de encontros, em uma enfermaria de pacientes crônicos de um hospital psiquiátrico de um Estado da região sul do Brasil, com os funcionários da equipe na enfermaria, na tentativa de mudança das práticas com vistas à humanização do setor.

É também mencionado que o trabalho em pequenos grupos, que, aliás, é fundamental para o desenvolvimento das estratégias até então comentadas, pode favorecer a aprendizagem do tema em estudo.

A aprendizagem em pequenos grupos é um modo de adquirir os conhecimentos em atividades que tenham de ser feitas em grupo, nas

quais os alunos trabalham um tema ou uma atividade com a participação de todos os integrantes, pensando e discutindo entre si, para chegar a um objetivo comum. É importante aprender a trabalhar em pequenos grupos, pois os alunos podem ajudar-se entre si, descobrindo a maneira como trabalham, havendo uma integração entre os componentes do grupo, e aprendem também a se responsabilizar individualmente, valorizando o trabalho em grupo e colocando-se à disposição para participar (BONALS, 2003).

Cabe considerar que um aspecto relevante é que a aprendizagem em grupos pequenos pode permitir que o estudante exercite a habilidade de relacionar-se, envolvendo a comunicação, o lidar com conflitos, a exposição de ideias e sentimentos, a criação coletiva, o que será interessante para sua posterior prática profissional inserida em equipes de saúde. Cabe resgatar que a aprendizagem da humanização implica também o desenvolvimento do trabalho em grupo. Isto não significa que os alunos aprenderão um modo de atuar em equipe que será aplicado em situações futuras, mas que poderá precocemente, ao longo da formação, desenvolver experiências significativas que, pela via da reflexão, os ajudarão a construir-se profissional e pessoalmente.

Comenta Campos (1992) que o trabalho em equipe não é fácil, pois este trabalho requer firmeza, tolerância, flexibilidade, em momentos diversos, e nem sempre seus efeitos são percebidos imediatamente. De outro modo, não é possível defini-lo *a priori*, pois não se refere à montagem de um quebra-cabeças, não há manual de orientação, uma vez que não é possível reproduzir-se uma experiência anterior. O trabalho em equipe deve ser vivido no aqui-agora da situação apresentada, pois cada equipe, momento, situação ou problemas apresentados são únicos, com suas peculiaridades, não sendo possível ter receitas ou modos de fazer únicos.

Quando se discutem outras estratégias de ensino para além do método tradicional, com a intenção de possibilitar que os alunos desenvolvam participação e autonomia, isso se relaciona com a

perspectiva de considerá-los sujeitos de seu processo de aprender e de construir-se como profissional. Essa perspectiva vai ao encontro da valorização do usuário do serviço de saúde também como sujeito, o que se relaciona a práticas de humanização como comentado na parte introdutória deste estudo.

Do mesmo modo que o sujeito tomado como referência neste estudo, nas práticas de saúde, é um ser concreto que se relaciona com o outro e com o contexto em que vive, e a cada experiência vivida no contato com o outro, reconhece-se como sujeito real, na formação do estudante, envolvendo sua relação com o professor e com o objeto de conhecimento, o aluno também precisa desenvolver o seu reconhecimento como sujeito a cada experiência vivida com os outros sujeitos implicados no processo ensino-aprendizagem. Isso pode levar à construção de outras relações professor-aluno-objeto de conhecimento distintas daquelas predominantes no método tradicional de ensino.

Do que foi até então exposto, compreendemos que a formação de profissionais de saúde não pode ser vista separadamente da necessidade de fazer escolhas e assumir os possíveis efeitos dessas escolhas, sem transgredir os valores e princípios teóricos que orientam o modelo de atenção à saúde. E para garantir a viabilidade do modelo de atenção à saúde, é necessária a ação de profissionais concretos, dispostos a intervir na realidade social, uma vez que usufruem instrumentos teórico-político-epistemológicos, colocando-os em situação privilegiada para enfrentarem os desafios da nova ordem mundial, de um modo que possa extrair dessa ordem as vantagens e usá-las a favor do indivíduo e da sociedade, em um plano ético-pedagógico preciso (SORDI; BAGNATO, 1998).

As mudanças curriculares que vêm ocorrendo nos cursos de graduação em saúde, tendo em vista um novo perfil profissional, implicam, assim, em uma lógica de pensamento crítico-reflexivo, que contemple a atuação sobre os reais problemas da sociedade, outra concepção do processo saúde-doença voltada não mais para o corpo biológico/doença, mas sim para a prevenção e promoção da saúde,



requerendo utilização de metodologias ativas e incentivando o desenvolvimento de compromisso social. Essas mudanças exigem que os alunos atuem, em sala de aula e em cenários de estágios, de modo diferenciado, para além de meros receptores de informações e reprodutores de uma prática, em uma relação horizontal com o docente.

### **3.4 Sujeitos do processo ensino-aprendizagem: alunos e professores na aprendizagem da humanização do cuidado**

Os estudantes, ao se depararem com novos currículos e modos de ensinar-aprender, deparam-se também com as suas próprias limitações, dificuldades e sofrimentos, relacionados a alguns aspectos como: idade precoce de entrada na universidade, contato precoce com a realidade social às vezes até então pouco conhecida, aproximação com as situações de sofrimento que despertam angústia e exigências do próprio processo ensino-aprendizagem e dos professores em relação ao seu desempenho.

Cada vez mais, o aluno que entra para as universidades são pessoas jovens. A faixa de idade relativa dos estudantes que corresponde ao período que estão na universidade é considerada entre 18 e 24, normalmente, sendo caracterizada como juventude. Esta fase é marcada pelas preocupações que os jovens apresentam e pelas formas que reagem a elas, mostrando um comprometimento pessoal maior com as decisões e ações tomadas para realizá-las. Assim, os universitários são agentes ativos na construção de suas respostas aos problemas vivenciados e têm como problemas mais frequentes os relacionados aos estudos e às relações interpessoais e de socialização, além dos problemas materiais e de identidade (PEREIRA, 2003).

Nos textos analisados, os conflitos, as angústias e o medo vivenciados pelos alunos nos seus primeiros anos de graduação, muitas vezes, estão relacionados às situações como a maior relação com o

paciente/usuário, o que inclui suas condições sociais, possibilitada pelos atuais currículos que inserem os estudantes precocemente na realidade. Isso pode expor os alunos a diferentes situações ansiogênicas. Nos textos, o tema da morte e a comunicação de más notícias, por exemplo, são enfocados como pouco discutidos durante a formação, não havendo espaço para que os estudantes possam expor suas emoções, sem que sejam criticados pelos outros sujeitos envolvidos no processo de ensino, como pode ser verificado nos trechos a seguir:

O relato dos entrevistados, especialmente dos formados nos últimos anos, parece mostrar que esse tópico [comunicação de más notícias à criança] tem ocupado um espaço maior nos currículos médicos, sob a forma de discussões. No entanto, não se percebeu uma preocupação em criar condições de aprendizagem facilitadoras (texto 24, 2008, p.471).

Com a mudança dos atuais currículos, que incentivam o contato direto com o paciente desde o início do curso, as angústias de vivenciar a ambigüidade entre o desejo de salvar o paciente e os limites, sejam eles técnicos, sociais ou pessoais, ocorrem com os alunos bem precocemente. Percebe-se que há necessidade de retaguarda psicológica para que o aluno possa enfrentar essa nova realidade, o que nem sempre tem sido incorporado, efetivamente, nos currículos oficiais (texto 24, 2008, p.471-472).

(...) a despeito da sensibilidade demonstrada, não sobra espaço durante a formação para que o estudante divida ou expresse suas emoções. Muitas vezes, ele tem que escondê-las, por receio de ser 'acusado' de ser muito frágil, sensível, 'mole', e, portanto, 'não servir para ser médico (texto 40, 2009, p. 557).

Nesses trechos anteriormente descritos, fica nítido que a aprendizagem em saúde pode despertar sofrimentos no estudante, sofrimentos estes que podem não ser expressos por uma ideia preconcebida de que cabe ao profissional da saúde uma postura de neutralidade e eficiência, incompatível com sentimentos.

Também é mostrado nos textos analisados, que é necessário que os estudantes sejam acolhidos em suas limitações, havendo espaços para reflexões sobre suas emoções, no sentido de garantir o desenvolvimento de sua maturidade profissional e o preparo da pessoa, como ser total,

durante o processo de formação. Esta ideia vem ao encontro dos perfis de formação propostos para os cursos de graduação, que enfocam a formação profissional não apenas técnica, mas crítico-reflexiva, ética e promotora de cidadania, o que envolve reconhecer o papel da universidade como um dos espaços sociais voltados à formação das pessoas.

Um dos textos explicitamente refere-se à necessidade de serem construídas relações democráticas no processo formativo, o que implica em respeito pelos estudantes. Isto também se relaciona ao reconhecimento do estudante em suas necessidades de apoio. É apontado como prejudicial quando os estudantes sentem-se menos importantes que o cumprimento de tarefas nas instituições de ensino. Além disso, é apontado também que as disciplinas psicossociais podem ser uma alternativa para amenizar esses sentimentos dos estudantes:

É evidente a importância do desenvolvimento de habilidades técnicas necessárias ao exercício profissional na área da saúde, principalmente, de especialidades quando a tecnologia é cada vez mais desenvolvida e faz parte do cotidiano. No entanto, chamamos a atenção para a importância do preparo da pessoa, enquanto ser total, durante o processo de formação acadêmica, de modo a garantir o seu fortalecimento emocional, haja vista a constante exposição dos alunos das diversas áreas da saúde a situações ansiogênicas, decorrentes das especificidades da atividade ocupacional, das condições de trabalho, das quais são sujeitos e que, inevitavelmente, interferem no seu ofício (texto 9, 2005, p.163).

(...) é fundamental que o aluno seja acolhido em suas limitações e conflitos, sendo acompanhado no sentido de promoção de sua maturidade pessoal e profissional, para a formação não estritamente técnica de sua profissão, contemplando também a formação de cidadão, pessoa humana, cujo fazer sempre tem implicações nas dimensões social e existencial (texto 13, 2006, p.327).

(...) O ambiente democrático de uma escola onde os estudantes são respeitados e considerados como indivíduos e cidadãos proporciona melhores possibilidades de oferecer um tipo de experiência aos discentes que contribuirá decisivamente para o seu processo de desenvolvimento da competência moral. Por outro lado, num ambiente onde o *bullying* seja uma constante e professores e médicos

abusem dos estudantes e os desrespeitem, tende-se a encontrar um fenômeno inverso. (...) (texto 25, 2008, p.488).

A adoção de disciplinas psicossociais, já referenciadas por outros autores, poderia ser uma alternativa relevante, como intuito de propiciar uma reflexão sobre a conduta com o paciente por meio da discussão de temas como as relações interpessoais no trabalho e, sobretudo, médico-paciente, destacando-se a importância de uma boa relação no processo de recuperação da saúde (texto 30, 2009, p.21).

Para o aluno, a coisificação das pessoas e a personalização de coisas acontecem no curso e na universidade quando ele sente que seu cansaço, suas reivindicações e seu adoecimento não importam tanto quanto o cumprimento de prazos de entrega de trabalhos e a frequência assídua às atividades acadêmicas (texto 41, 2009, p. 590).

Muitos estudos têm abordado a questão dos sentimentos, dos limites e das dificuldades enfrentadas pelos alunos durante o curso de graduação na área da saúde como: o estudo, sobre os sinais indicativos de depressão e níveis de autoestima entre acadêmicos de enfermagem, que aponta que a frequência de depressão entre estudantes está em níveis esperados, porém, os níveis de estima pessoal estão abaixo (FUREGATO et al., 2006); estudo descritivo realizado com estudantes de Licenciatura em Enfermagem, de um curso de Honduras, comenta sobre o uso de bebidas alcoólicas, enfocando que esse uso pode comprometer o envolvimento do aluno com seu curso, com repercussões negativas em sua saúde e desempenho escolar (PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006).

Outro estudo, realizado com estudantes de Medicina que objetivou conhecer as situações que se apresentam como angustiantes durante a sua formação e os fatores que eles identificam como originários desse sentimento, aponta que a dissociação entre o ciclo básico e o profissionalizante é responsável pela angústia suscitada em face do primeiro contato com o paciente, além do estresse psicológico em lidar com a dor e o sofrimento e a dificuldade de relacionamento com os professores (QUINTANA et al., 2008).

O estudo de Cunha et al. (2009) que identificou a prevalência de transtornos psiquiátricos menores e a procura por ajuda em estudantes de um curso de Medicina mostra que há uma presença relevante desses transtornos nos alunos, havendo o uso de medicação, demonstrando a ineficácia dos atuais programas de apoio.

Estudos, como o de Esperidião e Munari (2004), apontam que as tendências da formação estão voltadas para aspectos profissionais, privilegiando o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos embasados nas técnicas, os quais são apresentados aos discentes por aulas exaustivas, sem a devida relevância do seu significado real e desarticulados entre si, o que mostra uma distorção de valores no processo ensino-aprendizagem. Para ser significativo, o aprendizado deve ter premissas que atendam às questões de caráter mais pessoal. Também, nesse estudo, as autoras apontam que a maioria dos sentimentos dos alunos surge em decorrência do que vivenciam na prática, ao trabalharem com pessoas e lidarem com suas emoções e sentimentos, os alunos deparam-se com os seus próprios sentimentos, além daqueles decorrentes da relação professor-aluno.

Há também a presença de quadros depressivos que acompanham os estudantes nas situações vivenciadas como as perdas, ao saírem da casa dos pais ou familiares, o menor desempenho em relação às novas condições de aprendizagem, a frustração com aquilo que os alunos imaginavam como ideal, a falta de tempo livre, junto à diminuição na qualidade de vida durante o curso devido à existência de currículos compostos por disciplinas de carga horária elevada, tendo o aluno que permanecer o maior tempo do dia na universidade (BELLODI, 2007).

Com tantas situações adversas vivenciadas pelos estudantes, durante o período do curso de graduação, que lhes geram sentimentos variados e que os fazem entrar em contato com suas limitações e conflitos, faz-se necessário que eles sejam acolhidos, tendo a oportunidade de serem ouvidos e mesmo, em algumas situações, encaminhados para espaços terapêuticos, sendo cuidados por profissionais

específicos.

No cotidiano, todavia, o professor é também um dos sujeitos importantes e presentes nas relações dos alunos, podendo ajudá-los em algumas situações, pelo acolhimento e escuta, bem como pela construção de relações interpessoais, em sala de aula, democráticas e acolhedoras. Isso sugere que o professor precisa não apenas ter o domínio de conhecimentos específicos e mesmo de conhecimentos pedagógicos, mas atitude humana.

Muitos textos analisados abordam que a prática docente e as atitudes do professor podem facilitar ou dificultar o aprendizado do aluno, assim como favorecer ou não o aprendizado do cuidado humanizado. É destacada nos textos a importância do papel do docente na construção e (des)construção de conceitos e definições pelos alunos, sensibilizando-os para uma prática humanizada, por meio de sua própria postura e ação pedagógica como prática social, bem como a importância de o professor acolher os alunos em seus medos e inseguranças. Assim, nos textos, é veiculada a ideia do professor como *modelo* de profissional que exerce influência, inclusive, nas decisões do aluno quanto à profissão. Um aspecto importante que se relaciona a essa ideia de *modelo* refere-se à coerência ou não entre o discurso e a prática do professor em relação ao cuidado humanizado:

O docente tem um papel de suma importância, podendo marcar a vida do discente ao levá-lo a fazer diferença onde quer que esteja. Para isso o docente tem de deixar rastros de sua humanidade e princípios de ser humano por onde passa. Se ele crê no que diz seguramente o aluno também o crerá (texto 7, 2004, p.449).

A prática docente humanizada é profundamente formadora e ética. Precisamos refletir acerca de nossa ação pedagógica, como prática social, e compreender que o educando tem características próprias, tanto psicobiológicas, como intelectuais e emocionais (...) (texto 15, 2007, p.402).

Ressaltamos que um gesto do professor pode levar à autoconfiança ou insegurança do estudante, e na formação docente não devemos nos preocupar apenas com a repetição mecânica do gesto, mas também compreender o

valor dos sentimentos, quando substituímos a insegurança e o medo pela segurança e a coragem (texto 15, 2007, p.405).

Ademais, enquanto, nas visitas, os profissionais freqüentemente recorriam às evidências científicas para explicar por que estes procedimentos [analgesia do parto] eram ou não adotados na rotina do serviço, na fala do professor é sua experiência profissional que se configura como principal fundamentação para o uso de determinados procedimentos. Sua autoridade profissional permite que se coloque como modelo de atuação para os alunos, o que é explicitado pelo uso que faz da primeira pessoa em seu discurso (...) (texto 8, 2005, p.647).

(...) o docente tem um papel fundamental na (des)construção de conceitos e definições clássicas sobre loucura, no repensar das atividades acadêmico-profissionais dos futuros enfermeiros, estando essa atividade estreitamente vinculada à sua experiência profissional. Os docentes entrevistados ressaltam a importância de sensibilizar o educando, problematizando as suas concepções, contribuindo assim para se repensar a realidade assistencial (texto 12, 2006, p.367).

(...) é preciso reconhecer que o ensino em laboratório necessita da interação entre os protagonistas estudante/professor. O docente de disciplina introdutória deve estar preparado para acolher o estudante e ajudá-lo a superar suas dificuldades, vencer seus medos, amortecer os impactos neste momento de situação estressante e de riscos e muitas vezes de decisão em relação a sua própria profissão. Enfim, como educador, necessitamos, sobretudo humanizar o ensino. (...) (texto 15, 2007, p.402).

O modo como o professor se faz presente e orienta as atividades de estágio é muito importante para o processo ensino-aprendizagem: o aluno espera apoio e escuta por parte do docente, desejando ser visto em sua integralidade e observa suas condutas, tomando-as ou não como exemplos a seguir (texto 13, 2006, p.327).

Conforme relatam os alunos, o que mais favorece o aprendizado do cuidado humanizado na prática são os exemplos dos professores, dos monitores que, por terem consciência da importância da humanização da assistência e por prestarem esse tipo de cuidado, estimulam os alunos a seguirem esse caminho (texto 14, 2007, p.16).

O professor é para o aluno o maior exemplo do que ele deve ou não fazer. Nesse sentido, o exemplo pode ser bom ou não. Cabe então ao corpo docente uma reflexão crítica

sobre o q ele diz na teoria e aplica na prática, sob pena de o discurso do cuidado holístico cair na banalidade ou em algo impossível de se atingir e, por isso mesmo, distante da prática profissional (texto 14, 2007, p.16).

As dificuldades iniciais podem marcar a vida profissional do aluno, favoravelmente ou não. Nesse sentido, acreditamos que, quando o docente é também sensível e empático, a situação do aluno nesse momento pode favorecer a compreensão do significado de cuidado humanizado a partir do seu próprio exemplo (texto 14, 2007, p.18).

O texto 15 se refere, explicitamente, à ideia de humanizar o ensino que aqui consideramos como a necessária coerência entre ter a intenção de formar um aluno que possibilite a construção de um cuidar humano no contexto da saúde e construir efetivamente um processo formativo que, ao mesmo tempo, esteja voltado para os alunos em suas necessidades, reconhecendo-os em sua singularidade e cuidando deles como pessoas, com a intenção de favorecer a aprendizagem significativa. Compreendemos que não é possível evitar sofrimentos, inclusive, porque esses fazem parte dos aprendizados da vida cotidiana, mas é possível ajudar os alunos a elaborá-los e a relacioná-los com a qualificação de sua aprendizagem profissional.

Do ponto de vista do processo educativo, essas ideias têm relação com ensinar conteúdos não apenas técnicos, utilizando estratégias de ensino favorecedoras da reflexão e da construção da autonomia pelos estudantes. Assim, outros artigos em análise apontam a necessidade de que os educadores revejam suas prioridades, dando ênfase mais ao desenvolvimento das competências interpessoais de seus alunos, além de criarem experiências significativas no contexto acadêmico, possibilitando a troca de experiências e exemplos. Também é indicado, nesses textos, que o aprendizado do cuidado humanizado na prática é favorecido pelas habilidades pedagógicas voltadas à incorporação de metodologias de ensino-aprendizagem que favoreçam a troca de experiências e a construção do conhecimento e o protagonismo dos estudantes na apropriação de saberes científicos, éticos e políticos, além da reflexão crítica:



(...) Acreditamos que os educadores devem rever a prioridade dada, quase que estritamente à qualificação técnica, possibilitando o desenvolvimento entre outras, da competência interpessoal de seus alunos para aprender a aprender, a refletir criticamente, a solucionar problemas dando-lhes subsídios para transitarem bem equipados nas relações que estabelecerem ao longo de sua trajetória de vida, seja pessoal ou profissional (texto 9, 2005, p.163).

(...) é preciso propiciar, no contexto acadêmico, experiências que se tornem significativas e se constituam de aprendizado para se levar a cabo ao longo da carreira escolhida. Neste sentido, em estudos anteriores, destacamos que as relações estabelecidas entre professor e aluno são férteis e podem ser de inestimável valor como referência de conduta ou atitudes quando se depararem no exercício profissional. Esses aspectos foram corroborados por relatos de acadêmicos do curso de enfermagem, indicando que a atuação e o comportamento do docente influi, sobremaneira, nas emoções que experimentam durante o curso e, conseqüentemente no seu amadurecimento enquanto pessoa (texto 9, 2005, p.167).

O professor, nessa tarefa, possui papel importante, propiciando ao aluno desencadear o processo de reflexão sobre seu próprio desenvolvimento do ser enfermeiro e a trabalhar seu nível de razão e de emoção, além de desenvolver competências do relacionamento com o cliente, a família e a equipe de trabalho. Esse método oferece aos futuros profissionais vivenciar uma prática além do saber predominantemente técnico (texto 16, 2007, p.316).

(...) Na perspectiva da formação integral do estudante, para o trabalho em saúde, o professor necessita desenvolver habilidades pedagógicas voltadas à incorporação de metodologias de ensino-aprendizagem que favoreçam a troca, a construção do conhecimento e o protagonismo dos estudantes na apropriação de saberes científicos, éticos e políticos (texto 40, 2009, p.559).

A qualidade das relações interpessoais é manifestada de algumas formas como a dedicação de tempo à comunicação com os alunos, a manifestação do afeto e interesse expressando que os discentes são importantes para o professor, o elogio com sinceridade, a integração com os alunos com prazer. As relações interpessoais são também manifestadas por maneiras opostas como a rejeição, a distância, a ignorância a respeito dos alunos e o desinteresse, representado pela

omissão (MORALES, 2001).

Os alunos devem sentir-se livres, no sentido de ausência de medo, de angústia, para errar e aprender com seus próprios erros, sendo este aspecto importante para o crescimento pessoal, seja emocional, social ou cognitivo. Um ambiente de segurança, de paz, de confiança é necessário para aprender e internalizar o que vai sendo aprendido, pois não se pode aprender em um clima desfavorável, permeado por insegurança, tensão, medo e desconfiança (MORALES, 2001).

Essas ideias pontuadas anteriormente têm para nós não o sentido “daquilo que deve ser seguido”, mas apenas algumas considerações que mostram, a partir de conhecimentos já construídos, elementos que podem facilitar o processo ensino-aprendizagem em sala de aula, por meio das relações interpessoais professor-aluno. De qualquer modo, o fundamental é o reconhecimento da importância desta relação e sua construção em bases solidárias, se a intenção é o aprendizado de práticas *humanizantes* de cuidado. Para tal, não há receitas, tratando-se sim de um aprendizado cotidiano que se processa em cada novo encontro intersubjetivo entre professores e alunos.

Cabe ainda considerar que, na pesquisa desenvolvida com alunos do curso de medicina, a ação do docente que mostra preocupação com o paciente ou com o aluno pode às vezes ser interpretada como descomprometimento. Compreendemos, obviamente, que faltam elementos para melhor compreender esta fala, mas de qualquer modo, ela pode nos levar a um questionamento importante: haverá situações nas quais a atitude mais compreensiva do professor pode ser traduzida pelos alunos como falta de *autoridade* ou descompromisso do professor?

(...) um ou outro professor do curso de Medicina foi tido como descomprometido ou ‘fácil de enrolar’ quando ensejou desenvolver ações mais humanizadoras com o paciente ou com o aluno, tais como compreender a dor do paciente e adiar, naquele momento, o acesso dos estudantes a este, ou então, quando diante das queixas dos alunos acerca do pouco tempo para estudar as matérias anatomofisiológicas, concluiu a aula mais cedo ou liberou os alunos (texto 41, 2009, p.591).

Cabe salientar que, nas relações entre professores e alunos, no contexto universitário, há alternância de modos democráticos e autoritários. Em estudo realizado, por meio de abordagem qualitativa, com alunos e professores de um curso de pedagogia, há o predomínio de uma relação professor-aluno permeada por valores humanistas, aberta, flexível e facilitadora da aprendizagem. Entretanto, ocorrem também relações marcadas por poder autoritário, da posição hierárquica em relação ao saber (RONCAGLIO, 2004).

Roncaglio (2004) comenta que existem posturas metodológicas e filosóficas diferentes, entre os professores, que são percebidas pelos alunos em sala de aula, sendo que essas diferenças definem o perfil da prática do docente.

Ao nos referirmos à necessidade de construção de relações democráticas entre professores e alunos e desenvolvimento de ações acolhedoras, como apontado nos textos analisados, questionamo-nos sobre as reais condições dos docentes universitários para tal, considerando aspectos peculiares do trabalho na universidade como: a sobrecarga de atividades e a própria formação específica incipiente como professores. Um dos textos analisados aponta a importância de espaços de escuta também para os professores:

Os espaços de escuta dos discentes devem ser cada vez mais ampliados e devemos instituir os espaços de escuta dos docentes, nos quais se possa ter a condição de refletir e decidir que docentes queremos ser (texto 41, 2009, p. 594).

Nesse contexto, um ponto importante a ser considerado é a formação dos professores, o que não foi foco dos artigos analisados. Discutir a relação professor-aluno, sem dúvida, tem também relação com as práticas formativas de professores que poderiam oportunizar momentos de revisão da docência, incluindo a problematização das relações construídas com os alunos no cenário da universidade.

## *4 CONSIDERAÇÕES FINAIS*

Este estudo teve como objetivo conhecer e analisar a produção científica do campo da saúde, em periódicos nacionais, sobre o ensino da humanização do cuidado, nos cursos de graduação, sendo analisados 42 artigos, de 2000 a 2010.

Cabe ressaltar aqui que a maioria dos artigos foi referente ao Ensino Médico, em um total de 18 artigos, seguido pelo Ensino de Enfermagem com 17 artigos. Em relação ao Ensino de Odontologia e ao Ensino de Fisioterapia foi encontrado apenas um artigo para cada área; três artigos abordaram o tema do ensino de graduação dos profissionais de saúde, de um modo geral, e um artigo abordou o Ensino Médico, de Enfermagem e de Odontologia juntos.

Assim, foi possível perceber que a área da medicina e da enfermagem são as que mais têm produzido conhecimentos acerca da humanização do cuidado no contexto da formação, indexados na base de dados LILACS. Provavelmente, isso tenha relação com o fato de essas áreas historicamente terem sido as pioneiras como práticas voltadas ao cuidado em saúde. Além disso, são áreas que vêm investindo sobremaneira em propostas de mudanças curriculares, o que também se relaciona à incorporação de conteúdos como humanização do cuidado em saúde e a utilização de estratégias inovadoras de ensino que possibilitem a apropriação de novos modos de cuidar.

Os conhecimentos produzidos nos artigos de áreas diversas são, de modo geral, convergentes e relacionados à atual Política Nacional de Humanização. É importante, nos cursos de graduação em saúde, o ensino de humanização pautar-se na PNH, 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, em alguns textos analisados, é indicada uma compreensão de ser humano como construção histórico-social, sendo considerada a sua dimensão de sujeito como fundamental no cuidado em saúde.

Nem todos os textos analisados explicitam com clareza qual sua

concepção sobre a humanização do cuidado. Isso nos leva a ponderar que é preciso estar atentos, evitando idealização ou banalização do termo, pois, no processo ensino-aprendizagem, é necessário que o estudante desenvolva, mesmo que em nível inicial, alguns elementos teóricos sobre o ser humano que potencializem sua visão crítico-reflexiva e a possibilidade de viabilizar propostas de humanização do cuidado que realmente considerem os princípios fundamentais do SUS, principalmente no que se refere à integralidade.

Os textos analisados comentam que o ensino da humanização do cuidado em saúde fundamenta-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde, apontando para perfis profissionais que demandam a articulação de campos diversos de saberes, articulação teoria-prática, formação de sujeitos comprometidos com os princípios do SUS, tendo em vista sua consolidação, bem como ser compromissados com seu próprio aprendizado. Isso se relaciona também com a aprendizagem da humanização do cuidado, considerando que se trata de proposta de política pública que se coloca como transversal a todos os programas do atual sistema de saúde.

As atuais DCNs para os cursos de graduação, então, têm levado as instituições de ensino superior a repensarem seus percursos de formação e os referenciais que os fundamentam, construindo propostas curriculares que buscam ultrapassar o modelo tradicional ou disciplinar. Nesse sentido, alguns dos textos analisados reportam-se a esta ideia, relacionando o ensino da humanização do cuidado com a constituição de currículos que se propõem a articular conteúdos, inclusive associando a área de saber biológico e a das ciências humanas (importantes para a compreensão da integralidade), bem como teoria e prática como momentos indissociáveis.

Assim, a inserção dos alunos desde o início dos cursos em cenários reais de atenção à saúde, valorizando sobremaneira a aproximação com a atenção básica, é estratégia importante que favorece aos estudantes vivenciarem situações reais junto aos usuários, comunidades, profissionais e outros sujeitos, despertando seu comprometimento com as práticas de

cuidado voltadas à humanização em saúde.

Outras estratégias ativas de ensino-aprendizagem também foram consideradas potencializadoras do aprendizado da humanização, na formação do profissional de cursos de graduação em saúde, para exemplificar: psicodrama pedagógico, trabalho em pequenos grupos e metodologia problematizadora. Essas estratégias têm em comum o trabalho não apenas cognitivo, mas relacionado às dimensões afetivas e sociais do estudante, com ênfase no desenvolvimento da habilidade reflexiva e da sensibilidade, sendo a sua formação centrada não apenas no aspecto técnico, mas no desenvolvimento atitudinal.

Algumas ressalvas devem ser feitas, não no sentido de limitar a possibilidade do ensino da humanização do cuidado em saúde, mas com a intenção de analisar a realidade na qual esse ensino quase sempre se realiza, evitando banalizações e idealizações. Assim, não basta o acréscimo de conteúdos das ciências humanas, muitas vezes, inclusive, às custas de ampliação de disciplinas no currículo, se esses não forem realmente articulados aos demais conteúdos da formação e, principalmente, às chamadas práticas *clínicas*. Do mesmo modo, transformar os modelos disciplinares em integrativos só provoca mudanças consistentes se tal transformação tiver apoio político-institucional e um trabalho bastante consistente junto aos envolvidos, alunos, profissionais dos serviços e, principalmente, docentes.

Cabe salientar que alguns textos em análise questionam se também é suficiente a humanização do cuidado ser abordada em uma disciplina específica, questionamento este compartilhado por nós, uma vez que pode tratar-se apenas de um espaço isolado que não “conversa” com os demais elementos da formação. Talvez, uma alternativa interessante seja considerar a temática humanização como tema transversal do currículo e aí se coloca outro desafio: como construir efetivamente o conhecimento em perspectiva transversal?

Mudanças curriculares, por menores que sejam, representam sempre grandes desafios à instituição de ensino superior, principalmente

pública, até porque, muitas vezes, como já comentado neste texto, o foco principal do trabalho docente não se concentra nas atividades da graduação, o que dificulta a construção de oportunidades de discussão sobre as finalidades e os modos de organizar a formação.

Ainda, os textos analisados se referem à relação entre o ensino da humanização do cuidado e os sujeitos implicados no processo ensino-aprendizagem, uma vez que discutir e vivenciar as propostas de humanização trazem demandas a alunos e professores, no sentido de construção de novas atitudes consigo mesmo, com o outro e com o conhecimento.

Um aspecto bastante demarcado por alguns artigos diz respeito aos sentimentos que as experiências vividas na graduação despertam nos alunos, o que acrescido ao atual momento de suas vidas - juventude, inserção na vida universitária como uma fase nova de seu cotidiano, contato com situações da vida real das pessoas, famílias e comunidades, às vezes com dificuldades pessoais e sociais, até então desconhecidas - leva a sofrimento psíquico.

Nesse contexto, compreendemos que a aprendizagem da humanização vai exigir que o próprio aluno seja reconhecido e acolhido, em seus limites e medos, inclusive, em determinadas situações, recebendo um apoio psicoterápico.

Ao mesmo tempo, em sala de aula e nos cenários de estágios, o aluno também demanda um apoio do professor para que a sua aprendizagem se processe significativamente, não sendo negados os sofrimentos que podem ser sentidos, mas podendo ser construídas relações interpessoais solidárias. É nessa relação, inclusive, que o aluno poderá sentir-se em sua humanidade e isso poderá repercutir na qualidade das relações que ele desenvolverá junto a usuários e demais sujeitos no contexto da saúde. Nesse processo, o papel do professor é fundamental. Ou seja, não se trata apenas de possuir domínio de conteúdos cognitivos ou pedagógicos, mas desenvolver atitude humana.

Esse desenvolvimento extrapola, a nosso ver, o âmbito do trabalho



acadêmico como docente, mas poderia ser potencializado se, no cotidiano, houvesse mais possibilidades para os professores rever e refletir coletivamente sobre suas práticas cotidianas, o que muitas vezes é limitado pela sobrecarga de trabalho e pela desvalorização das atividades de ensino.

Do mesmo modo que nas práticas de atenção e gestão em saúde, a humanização, muitas vezes, é de difícil compreensão, referindo-se a questões complexas, ficando mais palpável quando abordada como política e ação que operam na transversalidade. Nas práticas de ensino, o mesmo ocorre: a humanização é mais que apenas um conteúdo de ensino, pois também envolve aspectos complexos como as políticas e os referenciais filosóficos da formação, os currículos, a prática docente, as atitudes profissionais no contexto da saúde e educação. Enfim, focar a humanização como *tema* a ser ensinado nos cursos de graduação em saúde, no contexto do SUS, é ainda um desafio a ser enfrentado.

## *REFERÊNCIAS\**

---

\* Referências normalizadas de acordo com:  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação:  
referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

---

ALMEIDA, M. (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003.

ANASTASIOU, L. G. C. Da visão de ciência à organização curricular. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 7. ed. Joinville: UNIVILLE, 2007a. p. 45-72.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. In: \_\_\_\_\_. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 7. ed. Joinville: UNIVILLE, 2007. p. 73-103.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BELLODI, P.L. Retaguarda emocional para o aluno de medicina da Santa Casa de São Paulo (REPAM): realizações e reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 5-14, abr. 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, fev. 1998.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar**. 2002. Disponível em: <[www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37](http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37)>. Acesso em: abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituição/Constituição.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição/Constituição.htm)>. Acesso em: 20 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. 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**. 4. ed. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. **Lei n.9394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 1996. Disponível em: <[http://www.ufrpe.br/download.php?endArquivo=noticias/4248\\_LDB.pdf](http://www.ufrpe.br/download.php?endArquivo=noticias/4248_LDB.pdf)>. Acesso em: out. 2009.

BONALS, J. **O trabalho em pequenos grupos na sala de aula**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. et al. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária? A sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 255-257, jul. 1992.

CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-130, maio/ago. 2003.

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.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir a humanização em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 321-328, mês. 2006.

CAVALCANTI, A. H. A humanização do Sistema Único de Saúde: provocações para a análise do processo de trabalho em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 12, n. 3, p. 69-78, jul./set. 2005.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino de saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, 2006. p. 69-92.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set/out. 2004.

CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO-ANPED, 26., 2003, Poços de Caldas. **Anais...** Poços de Caldas: ANPED, 2003.

CHIRELLI, M. Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA**. 2002. 271 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CUNHA, M. I. Aula universitária: inovação e pesquisa. In: LEITE, D. B. C.; MOROSINI, M. **Universidade futurante: produção do ensino e inovação**. 2ª ed. Campinas: Papyrus, 2002, p.79-93 (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

CUNHA, M. I. O lugar da formação do professor universitário: a condição profissional em questão. In: \_\_\_\_\_. **Reflexões e práticas em pedagogia universitária**. Campinas: Papirus, 2007.

CUNHA, M. A. B. et al. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 321-328, set. 2009.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, mai/jun. 2004.

DAVINI, M. C. **Currículo integrado**. Texto de Apoio/Unidade2. Opas/RH/CADRHU. 1999. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub04U2T8.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T8.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2010.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 332-340, 2004.

FERNANDES, V. R.; KELLERMANN, M. S. Ao encontro do psicodrama pedagógico; uma ferramenta de auxílio ao ensino para adultos. Mostra Científica, I. XVIIICIC. XI ENPOS. Univ.Fed.de Pelotas, 2009. Disponível em< [http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/CH/CH\\_00788.pdf](http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/CH/CH_00788.pdf)>. Acesso em: 20 out 2010.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 443-449, 2005.

FERREIRA, H. M.; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 328-331, 2006.

FEUERWERKER, L. A. construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 18-24, dez. 2000.

FUREGATO, A. R. F.; SILVA, E. C.; CAMPOS, M. C.; CASSIANO, R. P. T. Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p.239-244, 2006.

FIOCRUZ. Humanização da saúde: o homem como "medida de todas as coisas". **Revista RET-SUS**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 6, p. 4-7, 2005.

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

HAIDT, R. C. C. **Curso de didática geral**. São Paulo; Ática, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994. 263 p. (Coleção Magistério. Série Formação do Professor).

LOPES, I. L. Uso das linguagens controlada e natural em bases de dados: revisão da literatura. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 41-52, jan./abr. 2002.

MACÊDO, M. C. S. et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, 2006. p. 229-250.

MAIA, J. A. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, N.A; BATISTA, S.H. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004. p. 101-134.

MAIA, J. A. Formação humanística no ensino superior em saúde: intencionalidades e acasos. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H.; ABDALLA, I. G. **Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas**. São Paulo: Arte & Ciência, 2005. p. 39-53.

MARANHÃO, E. A. A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: ALMEIDA, M. (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003. p. vii-xvi.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação dos profissionais de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS, 2001. P. 39-64.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, p. 771-780, 2009. Suplemento 1.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2133-2144, 2008. Suplemento 2.

MORALES, P. **A relação professor-aluno: o que é, como se faz**. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

MOREIRA, A. F. B. Seleção e organização dos conhecimentos, curriculares no ensino superior. In: MORAES, M. C.; PACHECO, J. A.; EVANGELISTA, M. O. **Formação de professores: perspectivas educacionais e curriculares**. Porto: Porto Editora, 2003. p. 47-66.



MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 5.ed. Tradução Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integridade do currículo de medicina: inovar/ transformar, um desafio para o processo de transformação. In: MARINS, J. J. et al. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.

OLIVEIRA, E. X. G.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S298-S309, 2004. Suplemento 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: ago. 2009.

OSÓRIO, L. C. **Grupos-teorias e práticas**: acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, p. 695-700, 2009. Suplemento 1.

PEREIRA, E. M. A. A percepção dos universitários sobre seus problemas. In: MERCURI, E.; PLYDORO, SAJ. (Orgs.). **Estudante universitário**: características e experiências de formação. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003, p. 187-217.

PILLON, S. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes e universitários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 325-332, jul/set. 2006.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002. (Coleção Docência em Formação).

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ ABRASCO, 2006. p. 229-250.

QUINTANA, A. M. et al. A angústia na formação do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 7-14, mar. 2008.

RICOEUR, P. **O si mesmo com o outro**. Campinas: Papyrus, 1991.

RONCAGLIO, S. M. A relação professor-aluno na educação superior: a influência da gestão educacional. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 100-111, jun. 2004.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000. 352 p.

SEVERINO, A. J. Educação e universidade: conhecimento e construção da cidadania. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 117-124, fev. 2002.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 217-285, 2004.

SORDI, M. R. L.; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do novo século. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-88, abr. 1998.

ZABALA, A. A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

*APÉNDICES*

## Apêndice A – Ficha Bibliográfica dos artigos analisados

Artigos Números	Título	Periódico	Área Profissional	Ano de Publicação
1	Ensino e humanização [editorial]	Cadernos Saúde Coletiva	Ensino Médico	2000
2	Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira	Mundo Saúde	Ensino Médico	2003
3	Reflexões sobre a importância do relacionamento interpessoal na formação de profissionais de enfermagem	Nursing (São Paulo)	Ensino em Enfermagem	2003
4	Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica	Texto e Contexto Enfermagem	Ensino em Enfermagem	2004
5	Formação de profissionais: um desafio contemporâneo para o programa saúde da família	Nursing (São Paulo)	Ensino em Saúde	2004
6	Sensibilizando os discentes para o cuidado humanizado: vivências do ensino-aprendizagem	Revista RENE (Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste)	Ensino em Enfermagem	2004
7	O dilema conceitual ético do enfermeiro: como cuidar de quem não conhecemos?	Acta Paulista de Enfermagem	Ensino em Enfermagem	2004
8	Humanização no contexto da formação em obstetrícia	Ciência e Saúde coletiva	Ensino Médico	2005
9	A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência	Ciência, Cuidado e Saúde	Ensino em Saúde	2005
10	Como ensinar a bioética	Mundo Saúde	Ensino Médico	2005
11	A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos	Revista RENE (Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste)	Ensino em Saúde	2006
12	Expectativas de docentes sobre o ensino do cuidado em saúde mental	Revista Eletrônica de Enfermagem	Ensino em Enfermagem	2006
13	Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Ensino em Enfermagem	2006
14	Aprendendo o cuidado humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem	Ciência, Cuidado e Saúde	Ensino em Enfermagem	2007

15	Processo ensino/aprendizagem no laboratório de enfermagem: visão de estudantes	Revista Gaúcha de Enfermagem	Ensino em Enfermagem	2007
16	Humanização da assistência: o que pensam os estudantes de enfermagem?	Einstein (São Paulo)	Ensino em Enfermagem	2007
17	A formação ética do fisioterapeuta	Fisioterapia em Movimento	Ensino em Fisioterapia	2007
18	O cuidado na resignificação da vida diante da doença	Mundo Saúde	Ensino em Saúde	2008
19	Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação	Revista Brasileira de Educação Médica	Ensino Médico	2008
20	Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica	Revista Brasileira de Educação Médica	Ensino Médico	2008
21	Medos, atitudes e convicções de estudantes de Medicina de Universidade Pública da região Norte, perante as doenças e a morte	Revista Paraense de Medicina	Ensino Médico	2008
22	Humanização na Odontologia: a experiência da disciplina Odontopediatria II do curso de graduação em Odontologia da UFRJ	Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada	Ensino em Odontologia	2008
23	Estágio eletivo na formação do acadêmico de enfermagem: algumas reflexões	Revista RENE (Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste)	Ensino em Enfermagem	2008
24	Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança	Revista Brasileira de Educação Médica	Ensino Médico	2008
25	Bioética e Humanização como temas transversais na formação médica	Revista Brasileira de Educação Médica	Ensino Médico	2008
26	Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica	Revista Brasileira de Enfermagem	Ensino em Enfermagem	2008
27	A ética na formação dos profissionais da saúde: algumas reflexões.	Revista Bioética	Ensino Médico	2009
28	Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Ensino em Saúde	2009

29	SUS e as Teias de Diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Ensino em Saúde	2009
30	Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal	Revista Brasileira de Educação Médica	Ensino Médico	2009
31	O uso da técnica de role-playing como sensibilização dos alunos de Medicina para o exame ginecológico	Revista Brasileira de Educação Médica	Ensino Médico	2009
32	Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde	Revista Brasileira de Educação Médica	Ensino Médico	2009
33	Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado	Mundo Saúde	Ensino em Enfermagem	2009
34	O cuidado na prática médica	Mundo Saúde	Ensino Médico	2009
35	Reflexão sobre o cuidar em enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística	Mundo Saúde	Ensino em Enfermagem	2009
36	O ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas	Texto Contexto Enfermagem	Ensino em Enfermagem	2009
37	O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem	Einstein (São Paulo)	Ensino em Enfermagem	2009
38	A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem	Escola Anna Nery Revista Enfermagem	Ensino em Enfermagem	2009
39	Possíveis contribuições do modelo homeopático à humanização da formação médica	Revista Brasileira de Educação Médica	Ensino Médico	2009
40	A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN – Natal – RN – Brasil	Revista Brasileira de Educação Médica	Ensino Médico	2009
41	O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL	Revista Brasileira de Educação Médica	Ensino Médico	2009
42	Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo	Acta Paulista de Enfermagem	Ensino Médico, em Enfermagem e em Odontologia	2009

---

## Apêndice B – Referências dos artigos analisados

1. MARTINS, A.; CHAVES, M. Ensino médico e humanização. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 5-8, ago./dez. 2000. Editorial.
2. FIGUEIREDO, M. T. Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 165-170, jan./mar. 2003.
3. RIBEIRO, M. I. L. C.; FUREGATO, A. R. F. Reflexões sobre a importância do relacionamento interpessoal na formação de profissionais de enfermagem. **Nursing**, São Paulo, v. 6, n. 66, p. 19-24, nov. 2003.
4. COSTA, E.; BORENSTEIN, M. S. Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 163-170, jan./mar. 2004.
5. SILVEIRA, M. F. A. et al. Formação de profissionais: um desafio contemporâneo para o programa saúde da família. **Nursing**, São Paulo, v. 7, n. 73, p. 42-46, jun. 2004.
6. ROLIM, K. M. C. et al. Sensibilizando os discentes para o cuidado humanizado: vivências do ensino-aprendizagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 79-85, jul./dez. 2004.
7. CORBANI, N. M. S. O dilema conceitual ético do enfermeiro: como cuidar de quem não conhecemos? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 445-449, out./dez. 2004.
8. HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 639-649, jul./set. 2005.
9. ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B. A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 163-170, mai./ago. 2005.

10. COHEN, C. Como ensinar a bioética. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 438-443, jul./set. 2005.
11. NASCIMENTO, C. A. D. et al. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 52-60, já./abr. 2006.
12. KANTORSKI, L. P. et al. Expectativas de docentes sobre o ensino do cuidado em saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 363-369, 2006.
13. CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. 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, 2006.
14. ROQUE E LIMA, J. O. 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.
15. GOMES, C. O.; GERMANO, R. M. Processo ensino/aprendizagem no laboratório de enfermagem: visão de estudantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 401-408, 2007.
16. ROCHA, D.; CARVALHO, R. Humanização da assistência: o que pensam os estudantes de enfermagem? **Einstein**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 315-320, 2007.
17. MACHADO, D. et al. A formação ética do fisioterapeuta. **Fisioterapia em Movimento**, Paraná, v. 20, n. 3, p. 101-105, jul./set. 2007.
18. SELLI, L. et al. O cuidado na ressignificação da vida diante da doença. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 85-90, jan./mar. 2008.
19. CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 83-89, jan./mar. 2008.
20. GIL, C. R. R. et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção



---

básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 230-239, abr./jun. 2008.

21. BRITO, N. M. B. et al. Medos, atitudes e convicções de estudantes de Medicina de Universidade Pública da região Norte, perante as doenças e a morte. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 22, n. 2, p. 45-52, abr./jun. 2008.

22. SCALIONI, F. A. R. et al. Humanização na Odontologia: a experiência da disciplina Odontopediatria II do curso de graduação em Odontologia da UFJF. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 8, n. 2, p. 185-190, mai./ago. 2008.

23. TORRES, C. A.; BARROSO, M. G. T. Estágio eletivo na formação do acadêmico de enfermagem: algumas reflexões. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 108-115, jul./set. 2008.

24. PEROSA, G. B.; RANZANI, P. M. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 468-473, out./dez. 2008.

25. REGO, S.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. Bioética e Humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 482-491, out./dez. 2008.

26. SOUZA, J. C. et al. Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 878-882, nov./dez. 2008.

27. SCHUH, C.M.; ALBUQUERQUE, I.M. A ética na formação dos profissionais da saúde: algumas reflexões. **Revista Bioética**, v.17, n.1, p.55-60, 2009.

28. HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 493-502, 2009. Suplemento I.

- 
29. LIMA, R. C. D. SUS e as Teias de Diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 781-795, 2009. Suplemento I.
30. PEREIRA, A. M. B.; GONÇALVEZ, M. B. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 10-23, jan./mar. 2009.
31. ARAGÃO, J. C. S. et al. O uso da técnica de role-playing como sensibilização dos alunos de Medicina para o exame ginecológico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 80-83, jan./mar. 2009.
32. RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-264, abr./jun. 2009.
33. WALDOW, V. R. Reflexões sobre educação em enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 182-188, 2009.
34. FILHO, V. P. D.; SÁ, F. C. O cuidado na prática médica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 189-194, 2009.
35. SÁ, A. C. Reflexão sobre o cuidar em enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 205-217, 2009.
36. SILVA, C. M. C.; SABÓIA, V. M.; TEIXEIRA, E. R. O ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 458-465, jul./set. 2009.
37. ALMEIDA, D. V.; CHAVES, E. C. O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem. **Einstein**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 271-278, 2009. Parte 1.
38. ALVIM, N. A. T. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. Escola Anna Nery Revista Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 537-542, jul./set. 2009.

39. TEIXEIRA, M. Z. Possíveis contribuições do modelo homeopático à humanização da formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 465-474, jul./set. 2009.
40. ALVES, A. N. O. ET AL. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN – Natal – RN - Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 555-561, out./dez. 2009.
41. AZEVEDO, C. C.; RIBEIRO, M. A. T.; BATISTA, S. H. S. S. O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 586-595, out./dez. 2009.
42. PIRES, R. O. M.; BUENO, S. M. V. Freire e a formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.