

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-graduação em Psicologia

Ana Luiza Brandão Leal

**A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO PROCESSO FORMATIVO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE ENSINO
SUPERIOR**

Belo Horizonte

2021

ANA LUIZA BRANDÃO LEAL

**A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO PROCESSO FORMATIVO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE ENSINO
SUPERIOR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Linha de pesquisa:

Intervenções Clínicas e Sociais

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Luciana Kind do Nascimento

Belo Horizonte

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

L435h Leal, Ana Luiza Brandão
A humanização do cuidado no processo formativo de profissionais de saúde em uma Instituição Privada de Ensino Superior / Ana Luiza Brandão Leal. Belo Horizonte, 2021.
192 f. : il.

Orientadora: Luciana Kind do Nascimento
Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Akrish, Madeleine - Estudos comparados. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Universidades e faculdades - Estudo e ensino (Superior). 4. Teoria ator-rede. 5. Pessoal de Saúde - Formação. 6. Subjetividade - Pesquisa. 7. Integralidade em Saúde. 8. Psicologia clínica da saúde. I. Nascimento, Luciana Kind do. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.979

FOLHA DE APROVAÇÃO

A Tese “**A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO PROCESSO FORMATIVO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE ENSINO SUPERIOR**”, elaborada por ANA LUIZA BRANDÃO LEAL e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de

DOUTORA EM PSICOLOGIA

Belo Horizonte, 29 de março de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Luciana Kind do Nascimento – Orientadora – PUC Minas

Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto – PUC Minas

Prof.^a Dr.^a Tereza Cristina Peixoto – Universidade Federal de Minas Gerais

Prof.^{ca}. Dr.^a. Natália Nunes Scoralick Lempke – Faculdade de Pará de Minas

Prof. Dr. Marcos Vieira Silva – Universidade Federal de São João del Rei

AGRADECIMENTOS

Aos estimados professores:

Agradeço primeiramente à querida Prof.^a Dr.^a **Luciana Kind do Nascimento** que de maneira gentil, assertiva e amorosa me orientou e me acolheu desde a primeira vez que nos vimos (no processo seletivo), até a finalização deste estudo. Obrigada pela leveza com a qual conduziu o meu trabalho e por ter me dado toda a autonomia para fazer valer os meus desejos e as minhas escolhas.

Ao Prof. Dr. **João Leite Ferreira Neto** por ter aceitado com grande disponibilidade aos convites para participar dos momentos de qualificação e defesa da minha tese. Suas contribuições foram de suma importância para um novo olhar sobre a minha pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a **Tereza Cristina Peixoto** que prontamente aceitou participar das bancas de qualificação e defesa do meu trabalho e, antes disso, já havia contribuído com tanta generosidade para o meu projeto de pesquisa ainda no início do doutorado.

À Prof.^a Dr.^a **Natália Nunes Scoralick Lempke** membro de grande importância na composição da minha banca de defesa, por ter sido idealizadora, fundadora e coordenadora de um dos cursos por mim pesquisados. Agradeço por sua gentileza no aceite ao meu convite e por ter me ensinado tanto sobre a nossa profissão.

Ao Prof. Dr. **Marcos Vieira Silva** que assim como no mestrado, novamente aceitou com tamanho carinho e disponibilidade ao meu convite para estar presente na defesa da minha tese. Obrigada, ainda, por fazer parte da minha formação desde a graduação e por ser exemplo de profissional comprometido com a Psicologia.

À Prof.^a Dr.^a **Cássia Beatriz Batista e Silva** agradeço pela gentileza e atenção ao aceitar o meu convite para participar como membro suplente da minha banca. Agradeço também por todas as trocas no grupo NaGeS, cujas discussões sempre foram tão frutuosas.

À Prof.^a Dr.^a **Roberta Carvalho Romagnoli**, que me acompanhou ao longo das disciplinas do doutorado e que com muita disponibilidade também aceitou participar como membro suplente da minha banca de defesa.

Finalizando os agradecimentos aos professores, agradeço imensamente à querida Prof.^a Dr.^a **Maria de Fátima Aranha de Queiroz e Melo** por ter me inspirando tanto ao longo da graduação e do mestrado; por ter participado da minha banca de qualificação do doutorado de maneira tão significativa e por todo apoio no decorrer desse processo.

Às instituições e àqueles que as compõem:

À Instituição de Ensino Superior investigada, na ocasião da realização da pesquisa empírica sob a direção do Prof. **Ruperto Benjamim Cabanellas Vega**. Agradeço por abrir as portas da IES para que eu pudesse realizar o meu estudo, por financiar parte do meu curso e por me oferecer as melhores oportunidades docentes desde o ano de 2014.

Aos coordenadores dos cursos de Psicologia e Enfermagem, aos professores e aos estudantes que se tornaram essenciais em minha investigação.

Aos estudantes **Eduardo, Larissa, Márcia e Tainá** que participaram do grupo de iniciação científica sobre humanização do cuidado por mim orientado.

Aos meus queridos alunos, os quais são fonte de inspiração e incentivo para que eu queira ser sempre uma pessoa e professora melhor.

Ao Programa de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, aos professores das disciplinas oferecidas, aos colegas da turma de 2017 e aos queridos Diego e Marcelo que me deram suporte e informações durante todo o curso.

Agradeço ainda aos colegas do grupo de pesquisa NaGeS orientado pela Prof.^a Dr.^a Luciana Kind do Nascimento pelas trocas sempre enriquecedoras.

E à Prof.^a Dr.^a **Alexandra Cleopatre Tsallis**, professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro que me acolheu no Laboratório AfeTAR e que muito me ensinou.

Àqueles que fazem a vida ter sentido

Aos meus pais **Welington** e **Ângela** por serem fonte inesgotável de incentivo e de amor. Por terem me dado a vida e valores preciosos para que eu fosse uma pessoa de bem.

Ao meu querido **César**, por seu amor e companheirismo; por tantas vezes me dizer exatamente aquilo que eu precisava ouvir: “Conte comigo” e “Vai dar tudo certo”; por ser abrigo e porto seguro. Agradeço também à sua família que sempre me acolheu com muito carinho e respeito.

Aos meus irmãos **Luciana** e **Paulo Vitor** que trilharam a trajetória do doutoramento um pouco antes de mim e que me apoiaram durante o meu percurso. Estendo os meus agradecimentos à minha cunhada **Débora** por sua amizade e aos três pequenos tesouros que temos em nossa família: **Helena, Beatriz e Antônio**.

Às minhas amigas da vida e do coração **Natália** e **Eunaihara**. Obrigada pela leveza da nossa amizade; por fazerem parte desse processo e por estarem sempre ao meu lado.

À querida Ivanize que tanto contribui para o meu desenvolvimento. Obrigada por sempre ser exímio exemplo de ser humano e profissional.

Agradeço ainda às amigas que o curso de Psicologia me deu de presente: **Táisa, Maria Eduarda, Silvane, Paloma e Jaqueline**. A vida é muito mais alegre com a presença de vocês.

Por fim, e muito especialmente, agradeço a **Deus**. Agradeço por todas as oportunidades que Ele diariamente me oferece; por cuidar com tanto amor dos meus sonhos e por colocar pessoas tão maravilhosas em minha vida. Pessoas como todas essas acima mencionadas, que têm fundamental importância na minha formação como pessoa e profissional.

RESUMO

O presente estudo tem o objetivo de investigar à luz da Teoria Ator-Rede como a humanização do cuidado está presente nas graduações de Enfermagem e Psicologia que compõem a Escola de Saúde de uma Instituição Privada de Ensino Superior. Para tanto, com base no suporte teórico-metodológico da Teoria Ator-Rede buscamos acompanhar a rede da formação para a humanização em saúde em um dado contexto e cartografar as controvérsias que nos foram sendo apresentadas. Para acompanharmos essa rede consideramos os elementos heterogêneos (humanos e não humanos) que a compõem e conhecemos a maneira como a humanização do cuidado se faz presente a partir das associações estabelecidas por esses elementos. Também enfocamos a humanização numa perspectiva teórica e conceitual, apresentando as suas inúmeras traduções. Além disso, a partir do nosso olhar embasado na Teoria Ator-Rede, evidenciamos a humanização como um fenômeno que emerge no coletivo de humanos e não humanos, sendo que a sua composição se dá a partir da associação de elementos sociotécnicos, onde nem a técnica tem supremacia sobre os fazeres humanos e nem o contrário. Outro aspecto fundamental em nossa investigação foi o estudo das importantes políticas públicas em saúde, em especial, o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Por fim, foi construído um indicativo de intervenção como sugestão para a Instituição de Ensino Superior, com o intuito de fomentar a discussão concernente à humanização, bem como ampliar a formação dos discentes nesse sentido. As estratégias e projetos sugeridos poderão ser desenvolvidos pela IES posteriormente à essa pesquisa. Ressaltamos que devido à pandemia atravessada durante a execução desse estudo, também buscamos evidenciar esse momento como importante produtor de efeitos na rede pesquisada. Essa pesquisa apresenta em seus resultados inúmeras evidências que reafirmam que a humanização é um dos temas centrais na formação dos profissionais da saúde, a fim de que se promova a saúde, o cuidado integral e a valorização do usuário em todas as suas dimensões. Além disso, encontramos a partir dos nossos levantamentos bibliográficos e dos diálogos com os entrevistados, que a formação pautada em uma educação humanizada é condição fundamental para um exercício profissional de qualidade no que diz respeito às práticas de humanização do cuidado. Os nossos achados endossam, ainda, o fato de que a formação para a humanização só acontece a partir da associação de elementos heterogêneos. Ademais, esse estudo evidencia a necessidade de reiterar a importância histórica do Sistema Único de Saúde, especialmente, no contexto da realização dessa pesquisa: o momento pandêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Formação superior em saúde; Humanização do cuidado; Política Nacional de Humanização; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; Teoria Ator-Rede;

ABSTRACT

This study aims at investigating according to the Actor-Network Theory how the humanization of care is part of graduation of Nursing and Psychology which compose the Health School of a Private Institution of Higher Education. The humanization is one of the main issues at the health care professional training in order to promote health, integral care and the user appreciation in all its dimensions. In addition, we have found from the bibliographic research that the training guided by the humanized education is an essential condition to a quality professional exercise concerning to the care humanization practices. Therefore, based on the methodological-theoretical support of the Actor-Network Theory, we have sought for following up the formation network for humanization in health in a given context, and map the controversies which were presented. We consider, to follow up this network, the heterogeneity elements (human and non-human) which compose itself and we got to know the way the care humanization is presented from the associations established by them. We also have focused on the humanization in a theoretical and conceptual perspective, presenting its countless translations. In addition, from our view based on the Actor-Network Theory, we present the humanization as a phenomenon which emerges in the collective of human and non-human, and its composition happens from the association of socio-technical elements, in which neither the technique has advantage on the human doings nor the opposite. Other fundamental aspect in our investigation was the study of the important public policies in health, in particular the Unified Health System, the National Humanization Policy, and the National Permanent Health Education Policy. Finally, an intervention sign was built as a suggestion to the Institution of Higher Education aiming at instigating a discussion concerning to the humanization as well as expand the training of students in this regard. The suggested strategies and projects may be returned by the IHE (IES) after this research. We emphasize that due to the pandemic period during this study, we also sought highlight this moment as an important effect-producer on the network researched. This research introduces in its outcomes several evidence which restate that the humanization is a central theme at the healthcare professional formation, in order to promote health, integral care and user valorization in all dimensions. Furthermore, we have found from the bibliographic survey and interviewed speeches, the formation based on a humanized education is fundamental condition for a quality professional exercise concerning to the care humanization practices. Our findings endorse even the fact that the formation for humanization only happens from the association of heterogeneity elements. Thus, this study highlights the necessity for reiterating the historical importance of the Unified Health System, specially, at that research performance context: the pandemic moment.

KEYWORDS: Higher formation in health. Care humanization; National Humanization Policy; National Permanent Health Education Policy; Actor-Network Theory.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1 – Número de instituições de educação superior, por organização acadêmica e categoria administrativa – Brasil – 2018.....	54
QUADRO 1 – Habilidades e competências gerais para a formação profissional dos cursos de Enfermagem e Psicologia.....	75

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fluxograma das etapas para interpretação e análise das entrevistas.....	38
FIGURA 2 – Ilustração das redes que compõem a humanização na formação de profissionais da saúde	53

LISTA DE SIGLAS

ABRAPSO	Associação Brasileira de Psicologia Social
ABS	Atenção Básica à Saúde
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COVID	<i>Corona Virus Disease</i> (Doença do Coronavírus)
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CTH	Câmara Técnica de Humanização
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento da Gestão da Educação na Saúde
DOU	Diário Oficial da União
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
ES	Específicas
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ForGRAD	Fórum Nacional de Pró-Reitores de Graduação
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MG	Minas Gerais

MS	Ministério da Saúde
NDEs	Núcleos Docentes Estruturantes
NOAS	Normas Operacionais de Assistências
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde
PFST	Programa de Formação em Saúde do Trabalhador
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPC	Projeto Político Pedagógico do curso
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PUC Minas	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transversal por Área
TAR	Teoria Ator-Rede
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Transversal Institucional
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNI	Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	18
2 INTRODUÇÃO	22
PRIMEIRA SEÇÃO	27
3 METODOLOGIA	28
3.1. Uma introdução à Teoria Ator-Rede	28
3.2 A Cartografia das Controvérsias	33
3.3 Passos seguidos para cartografar as controvérsias	34
<i>3.3.1 Buscar uma porta de entrada</i>	<i>35</i>
<i>3.3.2 Identificar os porta-vozes.....</i>	<i>36</i>
<i>3.3.3 Acessar os dispositivos de inscrição</i>	<i>37</i>
<i>3.3.4 Mapear as associações entre os actantes</i>	<i>40</i>
3.4 Etapas para interpretação e análise das entrevistas	40
3.5 Considerações éticas	42
SEGUNDA SEÇÃO	43
4 POR UMA ESCRITA SITUADA: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS DA FORMAÇÃO DURANTE O PERÍODO DE ISOLAMENTO	44
4.1 As associações sociotécnicas na formação	50
5 O PROCESSO FORMATIVO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	53
5.1 Breve contextualização sobre a realidade da educação superior	55
5.2 Conhecendo a Instituição de Ensino Superior	59
5.3 A Estrutura Física da Instituição	62
5.4 A vida acadêmica: o processo de ensino-aprendizagem	63
5.5 A formação dos profissionais de saúde: bases documentais	70
5.6 As Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação profissional	73
5.7 Descrição e análise das Diretrizes Nacionais Curriculares dos cursos de Enfermagem e Psicologia	75
5.8 Algumas reflexões sobre as Diretrizes e a prática formativa em ação	80
5.9 Característica da formação na Instituição de Ensino Superior pesquisada ...	85

5.10 Transversalidade da humanização na formação em saúde	92
6 HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO: UMA DESCRIÇÃO DESSA REDE	94
6.1 A lógica do cuidado	94
6.2 Adentrando na rede da humanização do cuidado	96
6.3 A humanização como uma realidade performada	105
<i>6.3.1 A humanização na prática cotidiana dos profissionais</i>	<i>106</i>
<i>6.3.2 A humanização como uma temática contida nas Políticas Públicas</i>	<i>112</i>
<i>6.3.3 A humanização na prática formativa de profissionais da saúde</i>	<i>113</i>
<i>6.3.4 A humanização como objeto de investigação</i>	<i>115</i>
6.4 A humanização emerge no coletivo de humanos e não humanos	115
7 O CUIDADO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE	121
7.1 Algumas controvérsias na história da saúde pública	123
7.2 O SUS: direito do cidadão e dever do Estado	129
7.3 A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde	133
7.4 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	139
7.5 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização sob o olhar dos entrevistados	143
7.6 Algumas problematizações e reflexões sobre o pós-pandemia	147
TERCEIRA SEÇÃO	155
8 OS EFEITOS GERADOS E OS POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS DESSA PESQUISA	156
8.1 Efeitos produzidos e rastreados pelo presente estudo	156
8.2 Proposição de estratégias para o fomento da humanização do cuidado nas formações	158
<i>8.2.1 Projeto de estágio junto ao hospital local</i>	<i>158</i>
<i>8.2.2 Curso de extensão em humanização do cuidado</i>	<i>161</i>
<i>8.2.3 Pós-graduação lato sensu em saúde pública e humanização do cuidado</i>	<i>162</i>
QUARTA SEÇÃO	164

9 COMO FINALIZAR UMA TESE DE DOUTORADO? CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ESTUDO	165
REFERÊNCIAS	172
APÊNDICES	178
APÊNDICE A – Termo de Compromisso da Equipe Executora	181
APÊNDICE B - Declaração da Instituição Coparticipante	182
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	183
APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista (com os coordenadores)	185
APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista (com os professores)	186
APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista (com os graduandos)	187
APÊNDICE G – Contato com os professores para complementação da entrevista	188
APÊNDICE H – Termo de Consentimento para complementação da entrevista	189
APÊNDICE I – Tabelas de organização das entrevistas	190

1 APRESENTAÇÃO

Com o intuito de contextualizar a constituição do presente estudo, é importante ressaltar um pouco da minha trajetória acadêmica e profissional, uma vez que a investigação proposta segue um fluxo de continuidade e coerência com trabalhos anteriormente produzidos. Nesse sentido, na apresentação desta tese, assim como em vários momentos no decorrer do texto, será utilizada a primeira pessoa do singular dado o meu interesse enquanto pesquisadora em me apresentar como partícipe da rede que compõe a humanização do cuidado e, neste caso em especial, a humanização no processo de formação dos profissionais da saúde. Dessa maneira, o discurso pessoal com o leitor, tem o intento de informar e contextualizar o quanto essa temática produziu efeitos na minha vida e, numa relação dialética, os efeitos seguem sendo produzidos.

Esta tese conecta, portanto, uma trajetória mais ampla do que o período dedicado ao doutorado. Em função disso, penso ser importante ressaltar um pouco esse percurso. O interesse pela humanização acompanhou a minha formação desde a graduação em Psicologia realizada na Universidade Federal de São João del Rei. No segundo semestre do ano de 2009, ao me deparar com a disciplina Métodos de Pesquisa Qualitativa, ministrada pela professora Kety Valéria Simões Franciscatti, vi a necessidade de pensar mais profundamente sobre um determinado assunto, a fim de construir um projeto de pesquisa. Surgiu, então, a ideia de trabalhar com as brinquedotecas hospitalares.

Realizando a revisão bibliográfica a respeito desse assunto me deparei com possibilidades que me deslumbraram: trabalhos que são muito bem-sucedidos; a importância do brincar no contexto da hospitalização; a relação que os pais têm com a internação e com os benefícios que o brincar pode gerar, tanto para as crianças, quanto para eles próprios; os facilitadores que os profissionais têm em um ambiente de trabalho “um pouco” mais lúdico; dentre vários outros aspectos. Após ser bastante lapidada, cheguei à proposição de investigar a percepção que os profissionais da saúde pediátrica possuem do brincar durante a hospitalização, além de buscar conhecer como estes concebem a brinquedoteca hospitalar, sendo esse o espaço destinado para a realização do brincar dentro desse ambiente.

Tendo concluído a graduação em meados do ano de 2010, resolvi pleitear uma vaga no Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del Rei, utilizando as ideias do projeto desenvolvido anteriormente. Em março de 2011, tornei-me mestranda daquele Programa, sob orientação da professora Maria de Fátima

Aranha de Queiroz e Melo, com a dissertação intitulada: “A brinquedoteca hospitalar como forma de humanização: cartografando o traçado desta rede”. Durante o mestrado, tive a oportunidade de me inserir em um hospital de referência na região Centro-Oeste de Minas Gerais no qual, além de efetuar a pesquisa, trabalhei no setor de humanização e voluntariado, no período dos dois anos do curso. O trabalho voluntário e a pesquisa ocorreram concomitantemente.

Assim, inserida na realidade hospitalar e realizando os levantamentos propostos pela pesquisa que estava sendo realizada, tive a oportunidade por meio de observações, entrevistas e da atuação no cotidiano de trabalho de acompanhamento das crianças e familiares nas atividades lúdicas realizadas dentro e fora da brinquedoteca, de conhecer e problematizar as ações realizadas, a maneira como os profissionais percebiam a humanização no contexto da hospitalização infantil, bem como a forma como conduziam suas práticas em prol da humanização do cuidado. Para além da investigação empírica realizada, o estudo propôs um acompanhamento da rede na qual as brinquedotecas hospitalares estavam inseridas e, assim, adentrei-me ainda mais na rede da humanização. No mês de abril de 2013 ocorreu a defesa da minha dissertação.

Por inúmeros motivos, especialmente, por questões de entrada no mercado de trabalho, optei por postergar o meu ingresso no doutorado. Foi, então, no processo seletivo de 2016 do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, que fui aprovada sob orientação da professora Luciana Kind do Nascimento.

O interesse em investigar o processo formativo dos profissionais de saúde com enfoque na questão da humanização, está vinculado à minha prática docente nos cursos de Psicologia e Enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior¹ (IES), bem como com a hipótese de que a maneira como os alunos estão se formando está diretamente vinculada à forma como irão atuar em suas práticas de trabalho.

E por que seguir com a Teoria Ator-Rede (TAR) assim como foi feito na pesquisa do mestrado? Acredito que caiba nesse momento uma breve digressão acerca da minha trajetória de imersão na TAR. Durante toda a minha graduação fui acompanhada pela professora Maria de Fátima Aranha de Queiroz e Melo nos estágios, projeto de iniciação científica, projetos de extensão, tendo assim, a oportunidade de conhecer, conviver e

¹ A IES localiza-se na cidade de Pará de Minas, Minas Gerais, e possui os cursos de Enfermagem e Psicologia que, juntos, compõem a Escola de Saúde da Instituição. Mais adiante justificaremos os motivos pelos quais optamos por manter o seu nome em sigilo.

trabalhar com essa teoria. Dessa maneira, após conhecer os pressupostos defendidos especialmente por Bruno Latour, acredito que o meu rastreamento da rede da humanização está apenas começando. Nesse sentido, sem a pretensão de esgotar tal empreitada de rastreio, a presente pesquisa busca seguir por outra ramificação desse emaranhado de conexões que a humanização do cuidado possibilita.

No dia 24 de abril de 2020 aconteceu o Exame de Qualificação do Doutorado composto pelos seguintes membros: Professora Luciana Kind do Nascimento, Professor João Leite Ferreira Neto, Professora Maria de Fátima Aranha de Queiroz e Melo e Professora Tereza Cristina Peixoto. Tal momento teve significância singular para todo o processo de doutoramento. As contribuições tecidas pelos professores iluminaram diversas perspectivas, seja no sentido de mudanças de rota, de fortalecimento de percursos ou de criação de novas trajetórias.

A qualificação aconteceu na efervescência da pandemia decorrente do novo coronavírus. Por esse motivo valemo-nos das tecnologias digitais para que a mesma fosse possível. Na ocasião, muito se discutiu sobre o cenário que estamos imersos, as incertezas que nos circundam em todos os âmbitos das nossas vidas. Tais discussões suscitaram a urgente necessidade de situar essa pesquisa no contexto que está atravessando, o qual provocou efeitos imensuráveis em sua realização. Nesse sentido é impossível não considerar e descrever os efeitos desencadeadas pela vivência da pandemia, especialmente na formação.

Uma relevante contribuição tecida pela banca foi a necessidade de rever o enfoque da investigação. E aqui cabe um importante marco: o projeto de pesquisa para entrada no doutorado estava vinculado às discussões que permeiam a percepção dos profissionais de saúde acerca da humanização do cuidado, um trabalho inicialmente, voltado para a área da saúde. No entanto, esse projeto já no início do doutoramento voltou-se para a formação, cuja pergunta central era e ainda é: *Como os futuros profissionais de saúde estão se formando para a humanização do cuidado?* Como exposto pela banca, esse é um trabalho eminentemente vinculado aos processos formativos e não ao exercício e cotidiano das práticas em saúde propriamente ditas. Tais ponderações foram cruciais para apontar a real necessidade de assumir a tese enquanto sendo uma investigação na área da educação, mais especificamente, a formação superior em saúde.

Outro ponto que também acredito ter sido fundamental para o momento da qualificação refere-se aos apontamentos destinados à necessidade de maior problematização das minhas discussões; de descrever os fenômenos para além de uma

narrativa linear, descrição essa que deve apresentar as controvérsias emergentes e problematizá-las. Ademais, a necessidade de melhor operar com a Teoria Ator-Rede e os seus conceitos também foi uma contribuição marcante que me impulsionou a imergir ainda mais na teoria, dessa vez com o pedido para participar do grupo de pesquisa do Laboratório AfeTAR, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob a orientação da professora Alexandra Cleopatre Tsallis. Tratou-se de uma permanência breve, mas com grandes aprendizados.

Além dos aspectos acima mencionados, as demais pontuações tecidas pela banca foram verdadeiramente ricas e possibilitaram um florescimento de novas ideias e perspectivas para o fechamento da presente investigação. Portanto, o Exame de Qualificação provocou efeitos que ressoaram durante os meses de conclusão desse processo.

2 INTRODUÇÃO

Inspiradas pela ideia de rede defendida pela Teoria Ator-Rede, nos propusemos a aprofundar na rede da humanização do cuidado, buscando traçar uma trajetória de evolução histórica e conceitual acerca desse fenômeno. Vale ressaltar que a necessidade desse aprofundamento surgiu do meu próprio interesse enquanto pesquisadora que na dissertação de mestrado apresentei o seguinte questionamento: o que é a humanização afinal? Assim, pautada no interesse inicial de investigar em profundidade o que vem a ser a humanização, essa pesquisa se delineou com uma proposta mais abrangente e se justifica pelo meu contexto de formação e atuação profissional², como supracitado.

Dessa maneira, o objetivo central deste estudo é investigar à luz da Teoria Ator-Rede como a humanização está presente na formação dos estudantes dos cursos da Escola de Saúde dessa IES. Como objetivos específicos, esta pesquisa se dedicou à: a) Mapear e discutir as produções acadêmicas que tratam acerca da formação em saúde, com enfoque na formação para a humanização do cuidado, a fim de problematizar esse fenômeno e as práticas a ele referentes, traçando, assim, um percurso histórico e conceitual dessa temática; b) Compreender os sentidos e as práticas de humanização desenvolvidos no decorrer das graduações nos cursos investigados. c) Apresentar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização como importantes actantes³ da rede da humanização do cuidado. d) Indicar estratégias de formação no âmbito da humanização, no interior da IES (grupo de estudos, cursos de extensão, curso de pós-graduação etc.).

De acordo com Casate e Corrêa (2012), dentre as mudanças nas políticas de saúde e nas diretrizes nacionais para os cursos de graduação em saúde, a humanização é um dos temas centrais na formação do profissional, a fim de que se tenha como resultado o cuidado integral, a promoção da saúde e a valorização da dimensão subjetiva e social dos usuários dos serviços. Posto isso, com a finalidade de embasar tais questionamentos, é preciso construir um trajeto retrospectivo e adentrar na rede que compõe a humanização

² Atuo como professora e coordenadora de projetos, membro dos Núcleos Docentes Estruturantes dos cursos de Psicologia e Enfermagem da IES investigada.

³ Segundo Queiroz e Melo (2008, p. 72) para a TAR “a palavra ator torna-se inadequada, pois nas teorias sociais ela frequentemente designa o ator humano, com intenções e desejos. A palavra actante cabe melhor na TAR porque significa algo que produz ou que sofre algum tipo de efeito, algo que pode ser a fonte de uma ação, sem implicar numa motivação especial de atores individuais humanos”.

a fim de compreender como essa se situa no âmbito das políticas públicas e nas práticas de cuidado.

A Teoria Ator-Rede, suporte teórico-metodológico utilizado para a realização desta pesquisa, é também denominada de Sociologia das Associações ou Sociologia do Social, e surgiu a partir dos estudos de Ciência, Tecnologia e Sociedade com o intuito de investigar a produção de conhecimento a partir das associações estabelecidas entre humanos e não humanos⁴. A TAR tem como principais expoentes sociólogos associados ao Centro de Sociologia de Inovação em Paris, a destacar Michel Callon, John Law e Bruno Latour (Cavalcante et al., 2017).

A TAR além de possuir um arcabouço teórico, também se define como um método que visa ao acompanhamento e à descrição dos efeitos das associações estabelecidas entre os actantes. Dessa maneira, como expõem Cavalcante et al. (2017), o pesquisador que se propõe a uma investigação, inspirado pelas ideias dessa teoria, deve conceber o social como o resultado das associações estabelecidas entre todos aqueles que compõem o cenário investigado. Essas associações são caracterizadas por serem constantes e imprevisíveis.

Cavalcante et al. (2017) destacam que a cartografia das controvérsias⁵ deve ser considerada como uma forma de operacionalizar a TAR, sendo caracterizada como um conjunto de técnicas que possibilitam investigar e visualizar polêmicas e controvérsias presentes no social. Assim, a cartografia das controvérsias representa os movimentos dos atores. Nesse sentido, o olhar do pesquisador cartógrafo deve ser um olhar “desinteressado”, prezando pela flexibilidade e provisoriedade em relação à sua pesquisa. Contudo, deve ficar sempre atento a todas as manifestações e efeitos das associações que vão se descortinando.

Imbuída da empreitada de tomar o tema da humanização na formação profissional como “objeto” de estudos, a metodologia utilizada nessa investigação, como preconizada pela TAR, foi a cartografia das controvérsias (Pedro, 2008). Imersa em uma Instituição de Ensino Superior, esta pesquisa buscou seguir os atores e deixar que eles falassem, tecessem narrativas e contribuições sobre o objeto de investigação, bem como sobre aspectos diretamente a ele relacionados.

⁴ “Os não-humanos compõem os coletivos com os humanos, tendo a potencialidade de se revelarem actantes, ou seja, de exercerem ou sofrerem algum tipo de ação, participando de um processo. É tudo que não sendo humano, joga a favor da construção da nossa humanidade” (Queiroz e Melo, 2010, p. 121, nota n. 03).

⁵ A explicação detalhada sobre a cartografia das controvérsias será apresentada na próxima seção.

Para delinear a rede do fenômeno investigado, o pesquisador não deve definir previamente quais são os atores e nem ordenar a priori as controvérsias travadas entre eles, menos ainda, decidir como resolvê-las ou buscar explicações. Sem a pretensão de esgotar a totalidade dos atores a seguir, deve o pesquisador descrever como eles se articulam e, só então, encontrar um certo sentido de ordem nos dados coletados (Cavalcante et al., 2017, p. 7).

Como retratam Gonzales e Baum (2013), Bruno Latour, um dos principais teóricos da TAR, em seu percurso acadêmico e literário abre mão da distinção entre natureza e sociedade, se contrapondo à divisão que coloca a natureza de um lado, com sua objetividade absoluta, e a sociedade de outro, imanente e subjetiva. Para a TAR, o que importa é que o trabalho da ciência aconteça pelo meio, sendo um trabalho que transita entre natureza e sociedade. Assim, os estudos latourianos preconizam que a natureza dada e a sociedade passível de transformação são “efeitos de um conjunto de práticas de mediação ao invés de serem causas longínquas e opostas entre si” (Gonzales & Baum, 2013, p. 145). Aneemarie Mol (2007, p. 03) vai ao encontro de tais pressupostos ao estabelecer que:

Ao longo das duas últimas décadas, porém, têm sido rebatidas estas divisões claras entre o presente e o futuro; entre aquilo que está bem assente e o que ainda se há de formar; entre os blocos constituintes dados à partida e os modos como podem ser diversamente ajustados. Este trabalho, em boa medida levado a cabo pela teoria do ator rede, mas não só por ela, retirou aos elementos que fazem a realidade – a realidade na sua dimensão ontológica – o carácter supostamente estável, determinado. Estabeleceu, pelo contrário, que a realidade é localizada histórica, cultural e materialmente.

Nesse sentido, Cavalcante et al. (2017) ressaltam que a TAR tem despertado grande interesse por diversas áreas do conhecimento, tais como educação, tecnologia da informação, administração, sociologia, história, planejamento, geografia, estudos ambientais, ciências da informação, saúde pública e enfermagem. Entretanto, os autores acrescentam que os estudos referentes à TAR na área da saúde, em especial as pesquisas nacionais, ainda são incipientes, o que reforça a importância de estudos como aqui propostos.

O intuito deste trabalho foi, portanto, buscar operar com alguns dos conceitos e caminhos propostos pela TAR a fim de compreender a realidade investigada. A utilização das obras de Bruno Latour, John Law e Annemarie Mol subsidiou as discussões. Além disso, foram utilizadas obras nacionais, privilegiando as duas principais redes de pesquisa – Rio de Janeiro (UFF, UERJ e UFRJ) e São Paulo (PUC-SP), segundo Mélló, Spink e Menegon (2016) – que introduziram a TAR nas discussões das pesquisas brasileiras.

Ademais, a fim de traçar uma ampla trajetória que situe o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Humanização no âmbito das Políticas Públicas Nacionais, foram utilizados os seguintes documentos: Lei n.º 8.080/90; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2003); Política Nacional de Humanização (2004); documentos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), dentre outros. As discussões ao longo deste estudo também foram enriquecidas por autores que convergem suas discussões com a TAR, bem como com a temática que esta pesquisa buscou desenvolver.

Por meio do conhecimento de como se dá o processo formativo dos profissionais da saúde, foi possível vislumbrar a aplicabilidade das propostas, políticas e práticas em prol da humanização no cuidado da saúde, o que também pode ser considerado uma justificativa para esta pesquisa. Além disso, ao se adentrar na realidade de formação para a saúde na Instituição de Ensino Superior estudada, foi possível indicar novas estratégias de ensino-aprendizagem, bem como oportunidades para uma formação contínua embasada na humanização, aos trabalhadores de saúde egressos da IES e/ou aqueles que atuam no município e na região circunvizinha. Como ressaltam Ferraz, Vendruscolo, Kleba, Prado e Reibnitz (2012):

[...] Tornar os temas “formação para o trabalho em saúde” e “humanização” prioridades nas agendas dos que conduzem e operam o SUS requer discutir a (co)responsabilização de todos os sujeitos que participam dos processos de formação de profissionais e de gestão das práticas e dos serviços. Isso pressupõe que ao usual e conhecido discurso sobre a importância que representam os trabalhadores que atuam no campo da saúde devem-se somar reflexões, intenções e gestos que materializem o reconhecimento da formação como operadora essencial das mudanças na sua prática de atenção, com vistas a fortalecer e humanizar os cuidados à saúde da população (p. 491).

A expectativa deste estudo se ancora no fato de que ao se trabalhar com a temática que envolve a formação para humanização do cuidado à saúde, será possível contribuir para a acumulação de conhecimento acerca desse fenômeno que é ainda muito recente e repleto de controvérsias. Ademais, ressalta-se a utilidade desta pesquisa na ordenação de toda a trajetória histórica e conceitual do fenômeno da humanização, bem como a busca pelos possíveis entraves e/ou facilitadores concernentes à humanização no que se refere à formação dos profissionais no contexto estudado.

Dessa maneira, a partir da concatenação das diversas vozes que permearam essa investigação, foi realizada uma descrição que poderá contribuir para uma maior reflexão acerca dessa realidade, o que se acredita ser de interesse dos profissionais da saúde,

graduandos, coordenadores de cursos, professores universitários, gestores de políticas públicas, comunidade de forma geral e outros pesquisadores.

Para uma apresentação fluida e didática deste estudo, propusemos uma organização das discussões em quatro diferentes seções. A primeira seção apresenta os caminhos metodológicos utilizados para a construção dessa pesquisa. Assim, a cartografia das controvérsias, procedimento adotado pela Teoria Ator-Rede para acompanhar os atores em suas ações, será desenvolvida por meio da exposição detalhada das etapas que a constitui. Além disso, serão apresentadas as especificidades da Instituição eleita para esta pesquisa, bem como o perfil dos participantes.

A segunda parte constituída de um aprofundamento teórico é, por sua vez, dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo contextualiza a formação no momento pandêmico que estamos vivenciando e cuja continuação das ideias se encerram ao final do quarto capítulo da mesma seção. O segundo capítulo apresenta uma discussão acerca da humanização no processo formativo de profissionais de saúde, dando destaque às graduações de Enfermagem e Psicologia, formações essas priorizadas nessa investigação. O terceiro capítulo busca apresentar a humanização no que concerne à sua trajetória histórica e conceitual, tendo o intento de acompanhar a evolução desse fenômeno, a partir dos diferentes agenciamentos que foram se estabelecendo ao longo dos anos. O quarto capítulo trata do Sistema Único da Saúde e das políticas públicas que se referem à humanização do cuidado, enfatizando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização.

Nessa seção, o percurso analítico das entrevistas e documentos são apresentados como resultados que dialogam com a literatura relacionada aos temas de interesse da pesquisa. A escolha pela apresentação dos resultados dessa maneira, será mais bem explicitada na metodologia.

A terceira seção, apresenta um indicativo de intervenções com projetos a serem apresentados para a Instituição a fim de fomentar as discussões sobre a humanização do cuidado, seja nas graduações ou nas pós-graduações. E, por fim a quarta seção é composta pelas considerações finais desta tese.

PRIMEIRA SEÇÃO

3 METODOLOGIA

Com o intuito de apresentar a Teoria Ator-Rede como recurso teórico e metodológico empreendido na presente investigação, buscamos neste capítulo destacar algumas de suas principais premissas. Inicialmente apresentamos uma introdução à TAR a fim de evidenciar o contexto em que está inserida. Em seguida, trazemos uma discussão acerca da cartografia das controvérsias como possibilidade para apreender os coletivos. E, por fim, seguindo os passos para descrever as controvérsias, evidenciamos os caminhos que propusemos seguir na construção desse estudo.

Vale ressaltar que as discussões concernentes à TAR, seus conceitos e a leitura da realidade pesquisada à luz de suas propostas, não se encerram nesse capítulo. Ao contrário, a Teoria Ator-Rede estará presente no decorrer de toda tese.

3.1. Uma introdução à Teoria Ator-Rede

A Teoria Ator-Rede apresenta-se como uma possibilidade metodológica para abordagem do social. Assim, a fim de compreender a maneira como a TAR busca rastrear os fluxos presentes nas redes, é necessário descrever o que se entende por social. Justificamos o início das nossas discussões sobre esse entendimento uma vez que buscaremos trabalhar em uma perspectiva de que a rede social estabelecida pelos seres humanos não se dá pela interação pura e simples com outros seres humanos, mas está vinculada à interação estabelecida com outros elementos. "A composição do que chamamos de social não se deve simplesmente a pessoas, mas igualmente a máquinas, animais, textos, dinheiro, arquiteturas, laboratórios, instituições..." (Queiroz e Melo, 2011, p. 176).

Latour (2012), em sua obra *Reagregando o Social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede*, estabelece já no início de suas discussões a necessidade de se repensar o social. Para o autor, tanto o objeto quanto a metodologia das ciências sociais precisam ser modificados. Nesse sentido, Latour busca uma definição alternativa para o que tradicionalmente é considerado como sociologia. Nas palavras do autor:

[...] Poucos cientistas chegaram à conclusão extrema de que tanto o objeto quanto a metodologia das ciências sociais devam, em consequências, ser modificados, após inúmeras decepções eles ainda esperam alcançar algum dia a terra prometida de uma ciência verdadeira que explique o mundo social real. Nenhum estudioso tem tanta

consciência dessa dolorosa hesitação quanto os que, como eu, passaram anos e anos às voltas com este paradoxo: “sociologia da ciência”. Justamente em virtude das muitas contradições suscitadas por esse subcampo fértil, mas um tanto perverso, além das numerosas mudanças na acepção de “ciência”, penso estar na hora de modificar o que se entende por “social”. Quero, pois, encontrar uma definição alternativa para “sociologia” sem descartar esse rótulo útil, e continuando fiel, assim espero, a seu apelo tradicional (p.19, grifos do autor).

Para Latour (2012), o social deve ser considerado como algo fluido e circulante em que elementos heterogêneos se associam. Com base nisso, a sociologia poderia ser considerada como “a *busca das associações*” (p. 23, grifos do autor). E o social, por sua vez, representaria “um *tipo de conexão* entre coisas que não são, em si mesmas, sociais” (p. 23, grifos do autor).

Latour (2012), no intento de estabelecer os motivos de sua tentativa por formas alternativas para se considerar o social, evidencia que o seu significado está cada vez mais restrito, como destaca na citação a seguir:

Existe uma clara tendência etimológica nas múltiplas variações semânticas do termo “social”, que vão do mais genérico ao mais restrito. A etimologia da palavra “social” em si é bastante instrutiva. A raiz é *seq-*, *sequi*, e a primeira acepção é “seguir”. O latim *socius* denota um companheiro, um associado. Nas diferentes línguas, a genealogia histórica da palavra “social” designa primeiro “seguir alguém” e depois “alistar” e “aliar-se a”, para finalmente exprimir “alguma coisa em comum”. Outro significado é “ter parte num empreendimento comercial”. “Social” como em “contrato social” é uma invenção de Rousseau. “Social” como em “problemas sociais” ou “questão social” é uma inovação do século 19. O vocábulo paralelo “sociável” alude à capacidade que tem o indivíduo de viver polidamente em sociedade. Como bem se pode ver pela evolução da palavra, o significado de “social” vai se restringindo com o passar do tempo. Começando por uma definição *coextensiva* a todas as associações, temos hoje, no linguajar comum, um uso limitado ao que restou *depois* que a política, biologia, economia, direito, psicologia, administração, tecnologia etc. tomaram posse de suas respectivas partes das associações (Latour, 2012, p. 24, grifos do autor).

Essa restrição de significado limita o social às relações humanas e às sociedades modernas, desconsiderando a amplitude da esfera social. No entanto, Latour (2012) endossa a necessidade de se pensar uma outra maneira de se considerar o social “*bem mais ampla* do que usualmente chamada por esse nome e, ao mesmo tempo, *estritamente limitada* à busca de novas associações e ao esboço de seus agregados” (p. 25, grifos do autor). Nesse sentido o social é definido como “um movimento peculiar de reassociação e reagregação” (p. 25).

A esse novo subcampo da teoria social Latour nomeia de Teoria Ator-Rede, uma denominação por ele considerada um tanto deslegante e sem sentido, como é possível perceber por meio de suas palavras:

Eu estava disposto a trocar esse rótulo por outros mais elaborados como “sociologia de translação”, “ontologia actante-rizoma”, “sociologia de inovação” etc.; mas uma pessoa me observou o acrônimo ANT (*Actor-Network Theory*) era perfeitamente adequado para um viajante cego, míope, viciado em trabalho, farejador e gregário. Uma formiga (*ant*) escrevendo para outras formigas, eis o que condiz muito com meu projeto (Latour, 2012, p. 28, grifos do autor).

As ideias de John Law (1992) são convergentes com aquelas propostas por Latour. Law evidencia que a Teoria Ator-Rede considera que as redes são materialmente heterogêneas. Redes heterogêneas, segundo o autor, fazem parte do núcleo da Teoria Ator-Rede e merecem uma consideração especial.

Pensando sob essa perspectiva, a sociedade deve necessariamente considerar a materialidade dos elementos que a compõe, ou seja, o social não é composto apenas por humanos, a sociedade só se estabelece devido à heterogeneidade das redes do social. Nas palavras do autor: “Agentes, textos, dispositivos, arquiteturas são todos gerados nas redes do social, são partes delas, e são essenciais a elas” (p. s/n). O autor evidencia ainda que quase todas as interações sociais são mediadas por uma rede de objetos, “o argumento é que essas várias redes *participam* do social. Elas o *moldam*” (Law, 1992, p. s/n, grifos do autor).

Nesse sentido, a produção do conhecimento para TAR deve ser considerada como produto ou efeito de materiais heterogêneos. E, apesar do conhecimento se corporificar em textos, conferências e outras várias formas materiais, antes disso, na sua produção, muitos outros elementos heterogêneos participaram. Segundo Law (1992, p. s/n):

O “conhecimento”, portanto, é corporificado em várias formas materiais. Mas de onde ele vem? A resposta da Teoria Ator-Rede é que ele é o produto final de muito trabalho no qual elementos heterogêneos – tubos de ensaio, reagentes, organismos, mãos habilidosas, microscópios eletrônicos, monitores de radiação, outros cientistas, artigos, terminais de computador, e tudo o mais – os quais gostariam de ir-se embora por suas próprias contas, são justapostos numa rede que supera suas resistências. [...] Este então é o diagnóstico da ciência, na visão ator-rede: um processo de “engenharia heterogênea” no qual elementos do social, do técnico, do conceitual e do textual são justapostos e então convertidos (ou “traduzidos”) para um conjunto de produtos científicos, igualmente heterogêneos.

Paremos um instante para analisarmos a engenharia heterogênea que estrutura a construção desta tese: inicialmente devemos considerar que eu, a pesquisadora, estou vinculada a um programa de pesquisa de uma dada Instituição de Ensino Superior, só aí já podemos destacar os inúmeros elementos heterogêneos que constituem a rede de uma universidade. Para além disso, valho-me a todo instante do meu computador, da rede de internet, do gravador, do meu carro para me locomover até o Programa, dos meus óculos, enfim, um sem-número de elementos materiais que participam ativamente da construção do conhecimento proposto.

De acordo com Pereira (2010), a Teoria Ator-Rede não está interessada na dicotomia sujeito-objeto e nas certezas advindas da objetividade e da subjetividade. Ao contrário disso, a TAR busca acompanhar as incertezas sobre “quem fala, quem age e quem pode” (p. 204). Para Latour (2012), as ações dos atores que formam os laços sociais possuem natureza heterogênea. E, nesse sentido, o autor destaca a palavra “ator” da expressão “ator-rede” para explicitar a natureza da ação. Em suas palavras: “Empregar a palavra “ator” significa que jamais fica claro quem ou o que está atuando quando as pessoas atuam, pois um ator, no palco, nunca está sozinho ao atuar” (p. 75). O autor complementa:

Por definição, a ação é *deslocada*. A ação é tomada de empréstimo, distribuída, sugerida, influenciada, dominada, traída, traduzida. Se se diz que um ator é um ator-rede, é em primeiro lugar para esclarecer que ele representa a principal fonte de incerteza quanto à origem da ação” (p. 76, grifos do autor).

Com base em tais conexões heterogêneas, a TAR se pauta em um social formado por ações que não são exclusivamente compostas por relações humanas, ao contrário, considera os objetos nos fluxos das ações. “A ação social não é apenas assumida por estranhos como se transfere ou é delegada a diferentes tipos de atores capazes de levá-las adiante graças a outros modos de agir, a outros tipos de força” (Latour, 2012, p. 107). Complementando tais ideias, Pereira (2010, p. 204) destaca:

Em vez da dicotomia sujeito-objeto dos modernos, Latour propõe a distinção entre “humanos” e “não-humanos”. Sujeitos e objetos referiam-se a entidades estáveis, “calvas”, infinitamente distantes umas das outras por sua própria ontologia. Já humanos e não-humanos são instáveis, “cabeludos” e cheios de dobras. Associam-se por múltiplos caminhos, trocam propriedades entre si.

Assim, no caso das ciências, segundo Pereira (2010), fica a cargo dos cientistas o papel de porta-vozes dos não-humanos. E, nessa extensão da palavra às “entidades mudas”, há a possibilidade de constituição dos coletivos. No entanto, essa associação estabelecida entre humanos e não-humanos gera sempre a incerteza sobre quem de fato fala, gera a incerteza sobre a natureza da ação.

Aprofundando na expressão “ator-rede” anteriormente destacada, Pereira (2010) evidencia que a rede se forma por um encadeamento de atores e cuja ação é distribuída por toda a sua extensão. Dessa maneira, um ator não deve ser considerado como fonte única e isolada da ação. A noção de rede ganhou bastante destaque com o advento da internet. Entretanto, como ressaltam Moraes (2005) e Tsallis et al. (2006), a ideia de rede é anterior ao avanço da internet. Redes ferroviárias, rede de televisão, rede de esgoto não são expressões recentes. E, em todos esses exemplos de rede, tem-se a noção de vínculo, de conexão. A proposta de rede presente nas obras de Latour possui essa ideia de conexão entre os elementos híbridos que a constitui. No entanto, essa noção de rede não é suficiente para aquilo que a TAR propõe.

Para Latour, como expõem Tsallis et al. (2006) e Pereira (2010), as redes, como por exemplo a rede de internet, supõem a ideia de circulação da informação e, para a TAR, há necessariamente a transformação em detrimento da informação. “Um conteúdo não circula por uma rede sem sofrer transformação porque, em cada ator por onde passa, uma diferença é produzida” (Pereira, 2010, p. 206). Assim, o foco da TAR está no “trabalho de fabricação e transformação presentes nas redes” (Tsallis et al., 2006, p. 65).

Isso significa afirmar que interessa ao pesquisador seguir o trabalho de fabricação dos fatos, dos sujeitos, dos objetos. Fabricação que se faz em rede, através de alianças entre atores humanos e não-humanos. É importante sublinhar que o que está sendo frisado é a noção de ação, ação de fabricação (Tsallis et al., 2006, p. 65).

Para a Teoria Ator-Rede devemos seguir, descrever, avaliar e observar o que *fazem fazer* as redes de relações do sistema no qual vivemos e como somos afetados por elas. Atores humanos e não humanos se modificam na relação. “As coisas, os objetos nunca são objetivos ou neutros – eles trazem consigo o trabalho no tempo de todos os ausentes que participaram na produção daquele objeto” (Tsallis et al., 2006, p. 61).

Considerando sob essa perspectiva as políticas investigadas nesta pesquisa, pode-se perceber que no decorrer das quase duas décadas após as suas promulgações, elas fizeram fazer inúmeros efeitos no âmbito das Políticas Públicas, dos estudos acadêmicos,

das práticas nas instituições de saúde etc. E, apesar de terem sido criadas em um contexto específico, elas carregaram em seus textos e, especialmente, em suas performances, aqueles fabricantes ausentes (atores, contextos que suscitaram a necessidade de reflexão para a sua criação, programas anteriores, são alguns exemplos).

De acordo com Pedro (2010), a ideia de redes tem sido considerada um conceito-chave para se compreender as dinâmicas sociais contemporâneas. A autora destaca, que a fim de se acompanhar a dinamicidade e fluidez das redes faz-se necessário pensar em metodologias que se proponham a compreender a complexidade dessas dinâmicas e a maneira como essas redes vão se fazendo ou, como propõe Annemarie Mol (2007), como as redes vão se performando. Para tanto, valemo-nos da cartografia das controvérsias.

3.2 A Cartografia das Controvérsias

Como uma possibilidade para a apreensão dos coletivos sociotécnicos⁶, Latour (2005) apresenta a Cartografia das Controvérsias. Assim, como destaca Pedro (2010), essa ferramenta coaduna com a principal diretriz metodológica proposta por Latour no estudo das redes: acompanhar as ações dos atores e apreender como a rede se faz.

Segundo Pedro (2010), ao se discorrer sobre a perspectiva das redes sociotécnicas é necessário considerar a ideia de múltiplas conexões que, em caráter dinâmico e instável, permitem acompanhar o processo de produção dos fenômenos. “Na rede, cada elemento é simultaneamente um ator, cuja atividade consiste em fazer alianças e arregimentar outros atores; uma rede é capaz de, a partir de seus movimentos, redefinir e transformar seus componentes” (p. 81). A autora ainda prossegue evidenciando que o ator seria um “efeito da rede” que, a partir de relações heterogêneas, compõe outras redes.

Os atores que são mobilizados na construção de uma rede não podem ser dados de antemão. A TAR postula que no processo de produção de conhecimento é preciso considerar os interesses que são traduzidos, desviados, deslocados e possibilitam a mobilização de outros atores e a formação de novas alianças. Assim, um conceito caro à Teoria Ator-Rede a fim de compreender as negociações que vão se estabelecendo em uma determinada rede é a ideia de tradução⁷ (Pedro, 2010). Foi o filósofo Michel Serres o

⁶ Segundo Queiroz e Melo (2010, p. 123, nota n. 05), “o adjetivo sociotécnico aponta para um fenômeno de hibridação, ou seja, para um social que não pode ser concebido sem a sua dimensão dos fazeres técnicos e para uma técnica que não é acética nem pura, pois sempre nos remete aos grupos sociais que nos engendram”.

⁷ O conceito de tradução será trabalhado com detalhes nos capítulos subsequentes.

precursor da noção de tradução. Para o autor o conceito de *translação*, estaria relacionado ao “processo de fazer conexões, forjar uma passagem entre domínios ou, simplesmente estabelecer comunicação (Pedro, 2010, p. 82).

Segundo Pedro (2010) muitos autores da área da sociologia das ciências e das tecnologias têm se dedicado ao estudo das controvérsias a fim de acompanhar e compreender “a sociedade tal como ela se faz” (Callon, 1999, p. 100). As controvérsias, como destaca Pedro (2010), podem ser consideradas polêmicas ou debates que circundam determinado conhecimento (científico ou técnico). Trata-se da investigação acerca de um determinado fenômeno que ainda não foi consagrado, que é permeado por dúvidas, questionamentos, incertezas, nas palavras de Latour, que ainda não se tornou uma caixa-preta⁸. Nesse cenário, a cartografia das controvérsias configura-se em um método importante para compreender esse social caracterizado por grande multiplicidade e trocas mútuas entre os atores que o compõe.

Como destacam Nobre e Pedro (2010), a análise das controvérsias pode ser considerada como uma ferramenta importante no mapeamento de redes que compõem elementos humanos e não-humanos. Nesse sentido, cabe ao pesquisador se atentar para a extensão da rede, considerando que os actantes que se articulam para sua construção são sempre pontualizações de outras redes mais vastas e heterogêneas. "A perspectiva das redes demanda uma metodologia que nos possibilite trabalhar entre a solidez dos fatos endurecidos e os fluxos – na dinâmica de construção e desconstrução de caixas-pretas" (p. 53).

3.3 Passos seguidos para cartografar as controvérsias

Pedro (2010, p. 90) destaca que o cartógrafo, visando seguir os atores e descrever as controvérsias que permeiam as relações, precisa estar atento a alguns movimentos mínimos:

⁸ De acordo com o Latour (2017), os objetos podem ser considerados como caixas-pretas, ou seja, passíveis ao obscurecimento. Isso significa que as controvérsias acerca daquele objeto são concluídas (por um certo período de tempo e em determinado espaço) e as dúvidas a seu respeito são cessadas. Assim, ele se torna invisível, apesar de imprescindível. Nas palavras do autor (2017, p. 364): “Expressão tomada à sociologia da ciência referente à maneira como o trabalho científico e técnico torna-se invisível em decorrência do seu próprio êxito. Quando uma máquina funciona bem, quando um fato é estabelecido, basta-nos enfatizar sua alimentação e produção, deixando de lado sua complexidade interna. Assim, paradoxalmente, quanto mais a ciência e a tecnologia obtêm sucesso, mas opacas e obscuras se tonam”.

1 – Buscar uma porta de entrada: é preciso encontrar uma forma de “entrar na rede”, de começar a seguir os atores e, de algum modo, participar da dinâmica que seus movimentos permitem traçar.

2 – Identificar os porta-vozes: uma vez que da rede participam múltiplos actantes, humanos e não-humanos, é preciso identificar aqueles que “falam pela rede”, e que acabam por sintetizar a expressão de outros actantes. Nesse processo, vale ressaltar, não se pode deixar de tentar buscar as “vozes discordantes”, ou seja, a recalcitrância que também circula na rede.

3 – Acessar os dispositivos de inscrição⁹, ou seja, tudo aquilo que possibilita uma exposição visual, de qualquer tipo, em textos, documentos, e que permita “objetivar a rede”.

4 – Mapear as associações entre os actantes. Trata-se aqui de delinear as relações que se estabelecem entre os diversos atores e que acabam por compor a rede.

Os movimentos propostos por Pedro (2010) inspiraram o percurso metodológico desta pesquisa. Seguindo-os, apresentamos as composições feitas para o trabalho que ora se introduz. Nesse sentido, acreditamos ser importante explicitar as controvérsias que buscamos seguir: Por que pensar a formação dos profissionais da saúde no contexto atual? Por que investigar a formação e os currículos de graduação no que se refere à humanização do cuidado? Como os cursos de graduação em saúde na IES investigada têm formado os profissionais para a humanização? Como os coordenadores, professores e estudantes concebem a humanização; e como percebem o desenvolvimento dessa temática no decorrer das formações? Quais estratégias podem ser desenvolvidas no sentido de uma formação contínua acerca da humanização para estudantes e profissionais de saúde? Estas e outras incertezas permearam toda a trajetória desta investigação no processo de cartografar a humanização do cuidado na formação dos futuros profissionais.

3.3.1 Buscar uma porta de entrada

Para a inserção na rede da humanização nos processos formativos dos profissionais da saúde elegemos uma Instituição Privada de Ensino Superior localizada na região Centro-Oeste de Minas Gerais¹⁰. A escolha pela IES ampara-se ao fato de que

⁹ Segundo Latour (2017, p. 362), inscrição é um “termo geral referente a todos os tipos de transformação que materializam uma entidade num signo, num arquivo, num documento, num pedaço de papel, num traço. Usualmente, mas nem sempre, as inscrições são bidimensionais, sujeitas a superposição e combinação. São sempre móveis, isto é, permitem novas translações e articulações ao mesmo tempo que mantêm intactas algumas formas de relação.

¹⁰ Optamos por manter a confidencialidade da IES, uma vez que se trata de uma pesquisa mais aprofundada no que diz respeito aos documentos institucionais e dos cursos de Enfermagem e Psicologia. Além disso,

eu faço parte do corpo docente dessa instituição, atuando nos Núcleos Docentes Estruturantes dos cursos de Psicologia e Enfermagem.

Dessa maneira, acreditávamos desde o início da proposta desta pesquisa, que o acesso às coordenações dos cursos, aos documentos dos mesmos, bem como a aceitabilidade por propostas que visem à ampliação da discussão concernente à humanização, seriam muito facilitados, o que de fato aconteceu. Além disso, a referida IES é referência para o município de Pará de Minas e para a região circunvizinha em termos de formação.

O primeiro passo para o início do processo investigativo foi a realização de um contato com os representantes da IES e com os coordenadores dos cursos pesquisados a fim de apresentar a proposta do estudo, bem como averiguar a viabilidade de sua realização. Mediante anuência da IES e do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas, a investigação foi iniciada.

3.3.2 Identificar os porta-vozes

Muitos foram os porta-vozes humanos e não humanos que nos possibilitaram o acesso à rede da humanização no interior da IES. Ouvimos os coordenadores, os professores, cuja formação é específica na área do curso em que leciona (Psicologia ou Enfermagem) e os alunos dos dois últimos períodos dos cursos¹¹.

Assim, por meio das entrevistas, tivemos o intuito de compreender como a humanização é trabalhada no decorrer da formação, bem como a maneira como esses atores percebem a humanização no cuidado da saúde. Ademais, os documentos que formalizam os referidos cursos (diretrizes curriculares nacionais, projeto pedagógico dos cursos, programas das disciplinas e ementários) foram importantes porta-vozes dessa rede.

também levantamos informações com os coordenadores, professores e estudantes para os quais asseguramos anonimato das informações. Foi, portanto, uma opção para essa pesquisa o resguardo do nome da Instituição.

¹¹ Em números de entrevistados foram: 2 (dois) coordenadores; 9 (nove) professores, cuja formação é específica na área do curso em que leciona (Psicologia ou Enfermagem), sendo 6 (seis) profissionais do curso de Psicologia e 3 (três) do curso de Enfermagem; 3 (três) alunos dos dois últimos períodos dos cursos, totalizando 12 entrevistas. Vale ressaltar que o curso de Enfermagem contava no momento em que as entrevistas aconteceram com 4 (quatro) professores enfermeiros (contando com o coordenador) e o curso de Psicologia com 8 professores psicólogos (contando com a coordenadora). Nessa pesquisa, não foi entrevistada apenas uma professora (a pesquisadora em questão).

3.3.3 Acessar os dispositivos de inscrição

Durante a pesquisa bibliográfica obtivemos o acesso a algumas inscrições que, por meio das informações oferecidas, possibilitaram ordenar os aspectos mais importantes referentes ao nosso objeto de estudo. A fim de um maior aprofundamento nesse campo de investigação, como citado anteriormente, tivemos contato também com os documentos dos cursos de graduação investigados.

Com o intuito de criar dispositivos de inscrição, foram realizadas entrevistas e conversas informais com os atores. Assim, por meio dos discursos dos diversos atores envolvidos, foi possível compreender a forma como eles percebem as práticas formativas concernentes à humanização presentes em sua respectiva IES, bem como a maneira como compreendem a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro de perguntas que serviu apenas como forma de esquematização destas entrevistas, ficando os entrevistados e a entrevistadora livres para acrescentarem qualquer questão ou comentário que julgaram pertinentes. As entrevistas propostas foram baseadas nos apontamentos de Aragaki, Lima e Pereira (2014). Para os autores, as entrevistas devem ser consideradas e realizadas como uma prática dialógica tendo participação ativa de quem entrevista, sendo entrevistador e entrevistado coconstrutores da produção discursiva que vai sendo produzida a partir daquele “encontro”. Nesse sentido, Aragaki et al. (2014, p. 71) propõem:

Na abordagem construcionista a entrevista é uma produção discursiva coconstruída por entrevistador/a e entrevistado/a, feita a partir de negociações e pautada pela ética dialógica, sendo entendida como prática discursiva. Por isso, consideramos que as materialidades, os posicionamentos, as relações de poder e o contexto local e histórico-social performam os discursos e produzem sentidos que podem ser diversos e, algumas vezes, até antagônicos. Tudo isso faz parte da entrevista e é material legítimo para ricas análises e produção de pesquisas.

Buscamos, assim, a operacionalização das entrevistas pautada nos direcionamentos sugeridos pelos autores supracitados, seguindo, dessa maneira, a ideia de que fossem entrevistas fluidas, com trocas e negociações de sentidos e que a prática dialógica possibilitasse o mínimo possível do exercício de poder verticalizado, fazendo com que a entrevista tivesse uma aproximação das formas mais informais de conversação, como propõem os autores.

A esse respeito, recorreremos às ideias de Batista, Bernardes e Menegon (2014), que destacam a importância da conversa cotidiana na produção do conhecimento. Uma vez que a Instituição pesquisada é também o meu local de trabalho, fez sentido considerar os discursos do dia a dia presentes nessa realidade. Para os referidos autores:

O conhecimento produzido não está na cabeça do/a pesquisador/a ou de um *expert* em determinado assunto. Nem está na natureza nem nos fenômenos que o constitui. O conhecimento é algo que se faz junto, sendo coletivamente produzido e tendo como matéria prima a linguagem em uso e outras materialidades que compõem as relações cotidianas (Batista et al., 2014, p. 104).

Dessa forma, percebemos a necessidade de muita atenção na “condução” das entrevistas, bem como de se considerar com primazia as conversas que se estabeleceram de maneira imprevista e inusitada.

Ressaltamos, como já evidenciado na introdução, que por estarmos vivenciando um período de pandemia, acreditamos ser importante trazer a contextualização da vivência atual para as nossas discussões. Evidenciamos ainda, que toda a pesquisa empírica já havia sido realizada anteriormente ao momento pandêmico, portanto, as falas dos atores dizem dessa realidade prévia.

No entanto, consideramos imprescindível apresentar esse “caldeirão em ebulição” que tem gerado efeitos irreversíveis sobre as relações educacionais e no cuidado à saúde. O cenário de transformações sem precedentes no ensino superior tende a produzir ainda mais mudanças após o retorno de atividades presenciais. Ficará a cargo de estudos futuros no campo da formação superior rastrear que efeitos duradouros da experiência atual se farão sentir no futuro.

No decurso de 2020, decidimos fazer entrevistas complementares àquelas anteriormente realizadas com o intuito de apresentar as características, percepções e sentimentos que envolveram/envolvem a formação durante esse momento. Nossa intenção ao apresentar esse cenário não é fazer uma análise aprofundada e analítica sobre a formação em tempos de pandemia. Nosso objetivo, como já exposto, é investigar a formação para a humanização do cuidado.

Para a realização das entrevistas adicionais, foi levantado via *WhatsApp*¹², junto aos professores que já haviam sido entrevistados anteriormente, o interesse em participar desse novo momento da investigação e, para aqueles que deram retorno e manifestaram

¹² A mensagem de contato com os professores encontra-se no Apêndice G.

disponibilidade, enviamos o Termo de Consentimento para a complementação da entrevista¹³, cujo retorno do docente foi dado por meio de leitura do termo gravada em um áudio. Feito isso, foram enviadas duas questões ao professor: 1) *Como está sendo pra você o ensino por meio de plataformas digitais*; 2) *Ao seu ver, quais os efeitos produzidos na formação, bem como na futura prática profissional dos discentes?* Foi ainda apresentada a possibilidade aos professores de enviarem as suas respostas por meio de áudio ou texto. Do total de professores entrevistados¹⁴ na primeira parte das entrevistas, apenas cinco deram retorno para esse momento. Acreditamos que o contato não presencial, somado às tarefas cotidianas do ensino remoto podem ter sido elementos que favoreceram a não participação dos demais professores.

Além disso, como dispositivo de inscrição, criamos estratégias para possibilitar a ampliação do processo formativo dos profissionais de saúde no interior da referida IES. Nesse sentido, esta pesquisa, além de realizar o levantamento de dados sobre a maneira como essa temática é discutida e trabalhada no decorrer das graduações, teve o intuito de propor um indicativo de intervenção para a formação dos futuros profissionais da saúde em prol da humanização.

Assim, esta tese buscou lançar possibilidades de propostas de cursos de curta duração baseados no estudo e voltados aos professores, profissionais da saúde e aos graduandos. Outra possibilidade é proposição à coordenação da pós-graduação da Instituição para a organização de um curso de pós-graduação *lato sensu* que enfoque a questão da humanização do cuidado. Esses cursos poderão ser executados posteriormente ao término da pesquisa, a depender do interesse e disponibilidade da IES.

Consta como etapa desta investigação a devolução dos dados levantados nos Núcleos Docentes Estruturantes dos cursos de Psicologia e Enfermagem. Para tanto, será proposta uma ou mais reuniões, dependendo da demanda e da necessidade do momento, para que sejam expostos os dados, bem como os possíveis caminhos para fomentar a discussão acerca da humanização nos referidos cursos.

¹³ Apêndice H

¹⁴ Onze, somando professores de ambos os cursos e coordenações.

3.3.4 Mapear as associações entre os actantes

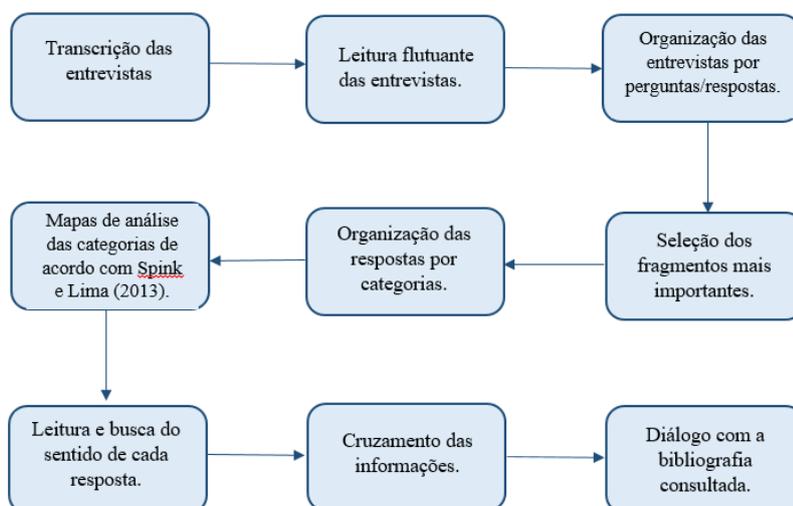
Não temos neste estudo a pretensão de esgotar as associações que envolvem a humanização no processo de formação dos profissionais da saúde, uma vez que estas vão se estabelecendo e se performando a todo instante. A tarefa dessa empreitada foi a de construir, por meio das narrativas e dos fatos observados e analisados nos referidos documentos, uma colcha, comparada com aquela feita por retalhos, que nos possibilitou conhecer como os diversos nós dessa rede se articulam.

Vale ressaltar que o interesse desta pesquisa não é o de denunciar as possíveis falhas existentes no desenvolvimento e cotidiano dos cursos, nem mesmo anunciar necessidades de mudanças. O seu objetivo, como já exposto, é cartografar o mapa da formação para a humanização e propor novas estratégias que fomentem tal discussão. Nesse sentido, essa pesquisa poderá ser mais um actante nessa rede, produtora de efeitos (imprevistos) em ambos os cursos os quais investiga, bem como na IES como um todo.

3.4 Etapas para interpretação e análise das entrevistas

A fim de facilitar a compreensão acerca das etapas que utilizamos para interpretar e analisar as entrevistas, apresentamos o fluxograma a seguir com o passo a passo do que foi feito.

FIGURA 1 – Fluxograma das etapas para interpretação e análise das entrevistas.



Fonte: Elaborado pela autora.

Após a transcrição na íntegra de todas as entrevistas, foram realizadas leituras flutuantes em cada uma delas com o intuito de aprofundar nos conteúdos nelas apresentados, bem como extrair os fragmentos mais relevantes. Feito isso voltamos aos roteiros de perguntas e os organizamos em três principais categorias¹⁵: 1. Sentidos para a Humanização; 2. Percepção sobre como a formação para a Humanização acontece na IES; 3. Conhecimento de como, na prática, a questão da humanização (PNH/PNEPS) é trabalhada.

Em seguida montamos os mapas de análise, como propõem Spink & Lima (2013). As autoras apresentam ao longo de suas discussões estratégias por elas desenvolvidas com o intuito de dar visibilidade à interpretação nas pesquisas, de forma a garantir o rigor das análises. Dessa forma, utilizamos para o nosso estudo o modelo do “Mapa de associação de ideias”, proposto pelas autoras.

Os mapas têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido. Constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo (Spink & Lima, 2013, p. 63).

Os mapas são compostos por três colunas (com cada uma das categorias anteriormente organizadas). Em cada uma dessas colunas foram alocados os fragmentos das respostas que consideramos coerentes com o que a categoria propunha. Ao final de cada uma das categorias havia um campo denominado “Interpretação da categoria”, no qual buscamos extrair o sentido daquelas respostas. Na sequência, cruzamos as falas naquilo que se aproximavam e/ou se afastavam, para, por fim, trazê-las para o texto.

Ressaltamos que buscamos estabelecer a interlocução entre o conteúdo das entrevistas, a análise dos documentos e a revisão bibliográfica no decorrer de todos os capítulos. Apostamos nessa estratégia porque acreditamos que um estudo embasado na Teoria Ator-Rede deve prezar pela conexão entre os elementos heterogêneos que compõem a pesquisa, estabelecendo coerência e coesão entre as vozes dos múltiplos atores.

¹⁵ Ver Apêndice I - Tabelas de organização das entrevistas.

3.5 Considerações éticas

Essa investigação foi realizada de acordo com os procedimentos éticos para realização de pesquisa com seres humanos¹⁶. Com a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram garantidos o consentimento livre e o caráter voluntário de participação no estudo. Nesse documento, os objetivos e procedimentos da pesquisa foram explicitados de maneira clara e objetiva aos participantes. Ademais, constaram no TCLE questões relativas ao anonimato dos sujeitos pesquisados, dos possíveis riscos e benefícios concernentes ao estudo e da liberdade de desistência mesmo durante a investigação. Dessa maneira, os participantes só assinaram o TCLE após terem compreendido e terem esclarecido todas as dúvidas relativas ao mesmo.

Os resultados obtidos ao término da investigação serão devolvidos aos participantes, por meio da disponibilização da tese, convite para defesa, dentre outras formas que possam atingir a todos da maneira mais eficaz possível. Além disso, os dados serão mantidos em arquivo próprio e privativo durante um período mínimo de cinco anos, conforme orienta o Comitê de Ética em Pesquisa.

¹⁶ O projeto dessa pesquisa foi aprovado segundo o Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa, n.º 2.840.739, em 18 de agosto de 2018.

SEGUNDA SEÇÃO

4 POR UMA ESCRITA SITUADA: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS DA FORMAÇÃO DURANTE O PERÍODO DE ISOLAMENTO

O ano de 2020 iniciou com o prenúncio da intensa proliferação do novo coronavírus na China e nos países da Europa. Não acreditávamos ou não esperávamos a potência e alcance globais desse novo actante. Os dois primeiros meses daquele ano no Brasil foram basicamente “normais”, com os festejos de carnaval, viagens e os problemas econômicos e sociais já conhecidos. A China estava longe demais.

Bastaram dias até que o primeiro caso de contaminação fosse diagnosticado e a primeira morte notificada. A pandemia da COVID-19 tornou-se uma realidade brasileira. E não gastou tempo, até porque o país já vinha acompanhando a progressão da doença e os seus efeitos em cenário internacional, para que percebêssemos que o vírus e a doença se referiam a um ponto de conexão vinculado a um coletivo que envolve uma cadeia de agenciamentos infinitamente mais ampla, em especial, para a digressão que se segue: o isolamento social que determinou a todas as instituições educacionais a suspensão das aulas presenciais. O ensino remoto surgiu então como alternativa ao modelo educacional predominante. Nas palavras de Gomes e Thomé (2020, p. 05):

Vivemos o movimento dessa cadeia em construção e descobrimos a cada dia que a COVID-19 não se restringe ao campo da infectologia e virologia, estamos falando de um híbrido de ciência, política, economia, cultura, educação, etc. Uma entidade invisível aos olhos humanos, mas que compõe o coletivo em que todos estamos envolvidos, agenciando e sendo agenciados, ele nos afeta coletivamente.

Assim, o ano de 2020 foi atravessado pela pandemia da COVID-19 e com ela começamos 2021. Apesar das esperanças mais fortalecidas devido às descobertas das vacinas, ainda nos encontramos na mesma situação de isolamento, doença e mortes. No que concerne à educação, as mudanças foram substanciais. Nesse sentido, acreditamos que um estudo que se propõe a trazer discussões acerca do processo formativo precisa, necessariamente, apresentar esse cenário pandêmico presente até o momento atual e buscar seguir algumas das muitas controvérsias que essa nova realidade nos apresenta.

No dia 16 de março de 2020 a comunidade acadêmica da IES recebeu um comunicado de suspensão das atividades curriculares e extracurriculares presenciais entre os dias 18 e 22 daquele mês. Tal decisão foi pautada pela comunicação do Ministério da Educação e o Decreto n.º 113 de 12 de março de 2020. No dia 17 de março, terça-feira, o

Diretor Geral da IES comunicou pessoalmente que em decorrência de toda a situação provocada pelo novo coronavírus as atividades acadêmicas presenciais estariam suspensas entre os dias 23 e 31 de março de 2020. Nesse momento, a expressão dos professores foi de perplexidade diante do que estava acontecendo. Pairava a incerteza do que ainda estava por vir. O coronavírus estava entre nós.

No dia seguinte, uma mensagem enviada aos coordenadores dos cursos foi encaminhada nos grupos de *WhatsApp* dos docentes informando que a partir do dia 23 de março iniciáramos o regime de aulas remotas. Em um tempo recorde a IES organizou tutoriais para os professores com vídeos, apostilas, suporte por *e-mail* e telefone para orientá-los sobre as novas plataformas digitais, as metodologias e recursos que poderiam ser utilizados, bem como as possibilidades de avaliações *online*.

Estávamos muito apreensivos com todas aquelas novidades e acredito que esse sentimento era comum em todas as dimensões da IES. Fomos pegos de surpresa em relação à pandemia, por mais que já viéssemos acompanhando a sequência de efeitos por ela ocasionados em outros países.

Falando especificamente de nós professores, não estávamos preparados para lidar de maneira tão imediata com um novo formato de ensino pelos meios digitais. A nossa formação docente não contemplou o preparo para uma realidade toda virtual como aquela que estava se impondo, a partir das exigências das autoridades mundiais e nacionais para o isolamento social. Em cinco dias precisamos nos adaptar, aprender para ensinar por meio das aulas à distância, precisávamos dar sequência ao semestre, para não alterar as atividades do cronograma institucional. Mas não só isso, precisávamos manter as relações vinculares com os nossos alunos e acolhê-los frente àquele momento tão inesperado.

As primeiras semanas foram muito difíceis. Toda a necessidade de adaptação à nova realidade; as tecnologias e plataformas que muitas vezes não sabíamos operar; a internet das residências cuja potência não era suficiente para manter estável a conexão; os questionamentos e reclamações dos alunos. Recebemos nesse período inicial um suporte importante da IES por meio do Núcleo de Tecnologia da Informação e das coordenações dos cursos. Os grupos do *WhatsApp* tornaram-se ambientes onde recebíamos informações e compartilhávamos nossas experiências exitosas e aquelas não tão satisfatórias. Nesse início surgiu entre o corpo docente um sentimento de solidariedade e compartilhamento, pois precisávamos, necessariamente nos ajudar. A seguir traremos uma sequência de relatos de alguns professores, relatos esses que trarão mais vida à descrição do momento pandêmico atravessado pela IES.

O ensino por meio de plataformas digitais requer do professor uma dinâmica diferente do ensino presencial. A utilização de vários recursos didáticos durante uma mesma aula (aula expositiva dialogada, exibição de pequenos vídeos, leitura de textos menores, etc.) revelou-se uma importante ferramenta para facilitar a participação e atenção dos discentes. Acredito que a videoconferência é mais cansativa (tanto para o professor quanto para o aluno) do que a aula presencial. O ritmo do processo de ensino-aprendizagem por meio de plataformas digitais é mais lento do que na modalidade presencial. Dessa forma, pondero que o professor deve priorizar a qualidade do conteúdo ministrado e o diálogo com os alunos. Além disso, a autonomia do professor (decisão da plataforma digital utilizada, liberdade para definir métodos avaliativos, etc.) foi fundamental para garantir um bom funcionamento das aulas. O apoio da IES (setor de Tecnologia da Informação, Coordenação, etc.) foi muito importante para dar suporte ao trabalho do professor (Professor 1).

Para mim esse semestre, como eu disse na nossa reunião do colegiado, foi tudo muito novo. Primeiro porque foi a primeira vez que eu lecionei para o curso de Enfermagem, a disciplina é do nono período do curso. A disciplina é totalmente nova para mim também, nunca tinha dado essa disciplina anteriormente e tudo virtual. Foi tudo muito novo! Em relação às plataformas digitais, inicialmente, no primeiro momento quando a gente teve que abrir mão da presencialidade, das aulas presenciais para a virtual, eu fiquei um pouco receosa pelo fato de nunca ter trabalhado anteriormente com o *Google Meet*, eu tinha pouco conhecimento sobre essas plataformas. Porém, como a gente bem disse na nossa reunião, a gente teve muito suporte do setor de tecnologia da informação com aqueles vídeos explicativos, com aquelas reuniões *online* que nós tivemos. Isso facilitou bastante a nossa vida e fez com que a gente aprendesse rapidamente a usar esses meios, essas plataformas. Foi super tranquilo (Professor 3).

Acredito que passado o primeiro momento, muito desafios foram lançados a nós professores e a gente teve que se adaptar e reformular a nossa metodologia em um curto intervalo de tempo. Mas eu queria registrar que eu pude contar com todo suporte apoio da instituição na qual eu leciono, assim como a equipe de tecnologia da informação. Eles elaboraram tutoriais, se mostraram muito hábeis em lidar com essa situação e isso para mim foi de um conforto e de um apoio muito grande nesse momento. Eu acredito que foi menos difícil que eu esperava, muito pelo contrário, foi até muito tranquilo em um primeiro momento. Eu acredito que lecionar à distância, apesar de não ter tido todo um preparo, um estudo prévio de como poderia se dar nesse momento, apesar de não ter acontecido isso; acredito que a gente pôde contar com os colegas, com a coordenação de curso e com a própria instituição para nos dar todo esse suporte e apoio nesse momento. E isso eu acho que influenciou a forma como se deu o ensino. Tive alguns retornos positivos de como eu tentei reelaborar esse plano de ação. Utilizei de dinâmicas, vídeos, filmes, convidados para participar das videoaulas... Com isso, acredito que a aprendizagem se deu de uma maneira mais dinâmica, menos cansativa... Acredito que teve sim um efeito positivo na formação dos alunos (Professor 4).

Inicialmente foi um desafio enorme, pois muitos professores não tinham preparo algum para trabalhar por meio das plataformas digitais. Na verdade, eu não sabia que existiam tantas. Então, pra mim os desafios principais foram aprender a utilizar as plataformas para repassar o conhecimento necessário para formação dos alunos e fazer com que os alunos permanecessem motivados. Contudo, com o passar do tempo fomos nos apropriando das diversas tecnologias e com o auxílio da equipe técnica da instituição aprendemos novas formas de lecionar, que possibilitaram a transmissão do conhecimento (Professor 7).

As reflexões dos professores mostram que a modalidade remota, de início, trouxe a novidade e, em algumas situações, o desconhecido, mas que houve um suporte evidente da IES, com destaque para o setor de tecnologia da informação e das coordenações para instrumentalizar e apoiar o corpo docente. Sobre os esforços dos professores para reinventar a própria prática profissional, encontramos em seus relatos:

Um ponto que eu acho muito marcante nesse processo, pelo menos para mim, foi tentar fazer das aulas algo que fosse além do conteúdo. É claro que numa aula presencial a gente tem alguns momentos no início da aula que a gente conversa, mas às vezes isso é bem específico com um ou outro aluno até todos chegarem e por aí vai. Dessa vez, dentro da virtualidade, pelo menos nas minhas aulas é muito frequente; eu espero uns cinco minutinhos em que o pessoal vai chegando e aí quando eu começo realmente já tem um número muito grande de alunos na sala virtual. Sempre busquei fazer uns minutos para cuidar, tentar cuidar de cada um ali dentro da sala. Para além da formação profissional, eu vejo que a virtualidade me despertou para a formação humana, para o cuidado com o outro. Busquei nesse período ter um cuidado maior no sentido de acolher, no sentido de trazer algo para refletir, para tentar gerar motivação nos alunos e eu acho que isso funcionou. Tive um retorno interessante dos alunos, então vejo isso como um ponto de sucesso nessa trajetória das aulas virtuais (Coordenador 1).

Eu também chamei nessa disciplina palestrante para estar falando com eles sobre alguns assuntos. Foi super interessante também entrar uma outra pessoa na plataforma e conversar com eles, mesmo sendo virtual. Foi super bacana e isso acredito que tenha agregado muito para eles também. Mas, em contrapartida, a questão das aulas presenciais, eu acredito plenamente que tem um grau de empenho dos alunos, de comprometimento e até mesmo de conhecimento muito maior, muito mais abrangente. Porque ali o professor está vendo os alunos, os alunos estão vendo o professor pessoalmente e as dúvidas são, acredito eu, melhores esclarecidas. É mais fácil você ver o semblante, ver a postura de um aluno... Você sabe se ele está comprometido com a sua disciplina, se ele está entendendo o que você está dizendo ou se ele não tá fazendo ideia do que está sendo relatado. A aula presencial traz muito isso (Professor 3).

Nesse semestre eu optei, também pelo fato de ser virtual, por fazer muitas atividades diferentes. Eles tiveram de gravar um vídeo para mim sobre aquela determinada temática que a gente estava trabalhando, eles tiveram que gravar uma música com aquela temática. Eu deixei a criatividade deles fluir bastante nessa disciplina. Acredito que isso fez com que a disciplina chamasse a atenção deles também. Foi um ponto muito positivo. Pretendo fazer isso com as outras disciplinas que eu for lecionar também. Deixar eles livres para usufruírem da criatividade, porque esse momento todos nós estamos vivenciando, o mundo inteiro está vivenciando, então a gente tem que ter meios para criar coisas novas, para não deixar que, por exemplo, a sala de aula fique somente no professor falando e eles copiando ou entendendo e fazendo algumas perguntas. Não, tem que ser uma coisa mais completa, que faça com que os alunos interajam mais com professores e vice-versa. Foi super interessante nesse ponto também (Professor 3).

Gostaria de registrar que as aulas virtuais por mais que elas tiveram efeito positivo na formação desses futuros profissionais, elas não superam o encontro presencial. Esse encontro do olhar, da percepção, da troca do contato físico com o aluno. Eu espero ter vivido e viver o quanto for necessário esse momento dessa maneira, com o menor prejuízo possível para os alunos, mas também espero que assim que possível, a gente

consiga retornar esses encontros presenciais que, a meu ver, são fundamentais no processo de ensino-aprendizagem (Professor 4).

O ensino remoto de emergência também gerou muitos anseios para os alunos: muitos deles com dificuldades na estabilidade da conexão; muitos assistiam aula pelo celular; alguns com dificuldade com som, com a imagem; o cansaço de estar na frente do computador por muitas horas; a dispersão muitas vezes oferecida pelos estímulos domésticos, dentre inúmeros outros fatores adversos.

Para além disso, os efeitos econômicos gerados pela pandemia passaram a ser sentidos: os nossos alunos começaram a experienciar preocupações e angústias devido à perda iminente dos empregos e à impossibilidade de pagar as mensalidades. Angústia essa também vivenciada pela gestão, administração e corpo docente em decorrência da evidente inadimplência e da tão temida, mas esperada evasão.

No dia 08 de abril de 2020, os alunos do quinto período do curso de Psicologia convocaram uma reunião com a coordenação e todos os professores que estavam lhes acompanhando naquele semestre. A fala inicial do representante da turma foi que eles gostariam de dar um *feedback* aos professores sobre como estava sendo pra eles todo o processo educativo. A apreensão entre os professores foi grande, já estávamos sob pressão, lidando com inúmeras novidades e desafios e, naquele momento, uma reunião de retorno dos alunos deixava-nos em alerta, era sinal de problema. Entretanto, uma grande surpresa foi apresentada. A turma queria agradecer os esforços despendidos e nos acolher. Produziram um vídeo com a presença dos 38 alunos que compõem a turma, sem exceção, e fizeram chegar fisicamente na residência de cada professor o poema lido ao final do vídeo, o qual acredito ser importante compartilhar nesse relato:

AVISO AOS NAVEGANTES

Ainda que nossas vozes
só ressoem nos auto falantes
e que os nossos corpos,
outrora próximos,
estejam agora distantes,
ainda que nossos braços
saudosos de abraços
não mais se alcancem.

Estaremos por perto,
ligados,
por um laço
sagrado
todo feito de afeto.

Paciência, meu povo,
sei que tudo é tão novo
mas nós superaremos
com o empenho
desse mundo todo.

A vocês,
que têm no ofício
o intento lindo
de ao outro ensinar
me permita ousar
e dividir contigo
do que aprendi,
ao menos um pouquinho.

Foi na sala de aula
que você me ensinou
que uma mente
que se abre,
ou uma alma tocada
se adapta, se expande
e não mais retorna
ao tamanho que era antes.

Dessa forma,
pouco importa a distância
entre quem doou
ou recebeu o conhecimento,
pois há entre os mesmos
uma ligação profunda e sagrada,
que não pode ser separada,
que é sempre levada aqui dentro.

Que a distância física
não os deixem tristes,
estaríamos juntos
no caminho que fosse
pois só somos
o que somos hoje,
pois graças aos céus
que você existe.

Superaremos,
pois não há lamento
que o amor não sare,
estaremos por perto,
unidos no afeto,
o espaço físico
é só um detalhe.

O texto foi escrito por um discente cuja sensibilidade representa bastante as características de toda a turma. Professores e alunos se emocionaram muito durante a homenagem, mas foi uma grande oportunidade para nos fortalecermos e sabermos que os nossos esforços estavam surtindo efeitos.

Com o passar das semanas a efervescência da novidade foi se acomodando e, como isso, nós professores estávamos mais seguros para lidar com aquele novo formato de ensino e aprendizagem. Muitos desafios eram cotidianamente vivenciados e administrados assim, dia a dia. A mediação da tecnologia foi a única possibilidade existente para a manutenção das aulas, no entanto, a ausência do encontro presencial, com os retornos imediatos dos alunos seja por meio de uma expressão facial de dúvida, um questionamento mais espontâneo ou mesmo o sentimento do encontro para acompanhar e entender os afetos ali estabelecidos, foram bastante restritos, gerando a necessidade de dinamização e reinvenção das aulas para que o processo formativo acontecesse de forma atrativa e eficiente.

Transcorridos mais alguns meses, em se tratando da dinâmica da formação remota, já tínhamos alcançado um equilíbrio satisfatório. Estávamos mais tranquilos e seguros. Os alunos, por sua vez também estavam mais acostumados. Entretanto, as angústias tomavam outras características, especialmente, em se tratando da organização administrativa do curso e assim surgiam novas incertezas, novas controvérsias: como seria o semestre seguinte? Continuaríamos em regime remoto? E os estágios, como seriam realizados? Os alunos fariam a rematrícula?

Um semestre carregado de novidades e dúvidas. Não tínhamos respostas para quase todas as perguntas. Dessa forma, a orientação era única: pensem em muitos cenários, criem múltiplas alternativas para cada problema que possa vir a acontecer. E assim seguimos.

Diante de tantas questões problemáticas no cenário educacional, o vírus que parece não estar tão presente na cena, ficando diluído entre tantos efeitos por ele produzidos, está cada vez mais agenciado fazendo fazer associações imprevisíveis, emaranhando-se, conectando-se.

4.1 As associações sociotécnicas na formação

Os apontamentos de Oliveira e Porto (2016, p. 07) sobre o hibridismo existente na educação nunca foram tão atuais. Embora a presença das tecnologias e, em especial, as tecnologias de informação e comunicação já permeassem o contexto educacional e estivessem presentes em maiores ou menores proporções nos processos de ensino-aprendizagem, mais do que nunca essa rede sociotécnica apresentou a sua potência. Vivenciamos um cenário em que é apenas pelo uso das tecnologias digitais que a

educação formal nos diferentes níveis educacionais se tornou possível. Nunca houve, anteriormente ao promovido pela pandemia, um acoplamento tão necessário entre humanos e não humanos no desempenho e continuidade das atividades educacionais.

Embora já soubéssemos que o mundo digital estrutura a contemporaneidade, tivemos a oportunidade de testemunhar a certeza de que sem ele não se produz educação. A educação é então, considerada como um fenômeno multifacetado do qual se imbricam elementos humanos e não humanos que, por meio das suas mediações e simbioses, compõem uma rede sociotécnica, cujo foco central são o ensino e a aprendizagem (Oliveira & Porto, 2016).

A Teoria Ator-Rede evidencia essa composição entre atores humanos e não humanos na qual agem mutuamente, sofrem e exercem influências e interferências, formando as redes sociotécnicas. Ressalta-se ainda que não há hierarquias entre esses sujeitos híbridos. Os não humanos não estão a serviço dos humanos, sendo subordinados a eles. Pelo contrário, são atores que afetam e são afetados. E essa composição de humanos e não humanos pôde ser vivenciada e acompanhada na prática como docente e como pesquisadora. Como ressaltam Oliveira e Porto (2016, p. 10), “os objetos técnicos sozinhos não educam, mas tampouco os humanos podem educar sem eles. Humanos e não humanos são protagonistas das educações dinâmicas e polimorfas da era das conectividades”.

Temos visto no decorrer desse período pandêmico, uma legião de agentes humanos e não humanos se entrelaçarem. Associações das quais participam professores, alunos, pareceres do Ministério da Educação, redes de internet, computadores, *smartphones*, câmeras, saúde, mortes, isolamento social, desemprego, saudades.

Observamos e acompanhamos as traduções acontecerem: as casas tornaram-se sala de aula com telas exercendo um fundamental papel de mediação; os quartos transformaram-se de uma hora para outra em gabinetes dos professores, em sala de reuniões e de aulas; os sapatos de salto ou sociais, deram lugar às meias, chinelos e pantufas, afinal de contas, ninguém via os pés de ninguém!

Os mais imprevistos actantes passaram a fazer parte das aulas de forma ativa: o cachorro que latia ininterruptamente; a moto que passava na rua e buzina; a mãe do aluno que assistia a aula do lado do seu filho; a interrupção de energia elétrica ou de internet no decorrer de uma aula. “A Teoria Ator-Rede trata da mobilidade entre seres e coisas, defende a presença dos não humanos em simbioses intensas e completas com os humanos,

propaga que pessoas, animais, coisas, objetos e instituições podem ser atores interativos e interagentes” (Oliveira & Porto, 2016, p. 9).

Após apresentada essa primeira face da nossa investigação e do nosso campo de estudos, evidenciamos algumas controvérsias sobre as quais esbarramos no decorrer da nossa trajetória nos últimos meses: Quais consequências a pandemia pode gerar na educação superior brasileira? Quais serão os efeitos a longo prazo decorrentes do período de isolamento e do ensino remoto na formação dos futuros profissionais na área da saúde? Como será o reencontro com o ensino presencial? Como os actantes que foram arregimentados com grande evidência permanecerão na composição da rede da formação, tais como recursos tecnológicos, encontros remotos, plataformas virtuais? Essas são algumas das controvérsias que ressoam dessa ebulição de incertezas. Fenômenos esses que já deixam pistas, mas que ainda carecem ser rastreados, acompanhados, uma vez que ainda estão se fazendo, não se tornaram, nem de longe estabilizados, como em uma caixa-preta. Pelo contrário, lançam mais e mais controvérsias. Retomaremos essas discussões ao final dessa seção e, somadas a essas, apresentaremos outras controvérsias encontradas ao longo do nosso percurso cartográfico.

5 O PROCESSO FORMATIVO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Esse capítulo tem por finalidade apresentar as bases de sustentação daquilo que é o fio condutor desta investigação: a formação dos profissionais da saúde e a maneira como a humanização do cuidado está presente no decorrer das graduações. Para tanto, lançaremos luzes para a rede que compreende a humanização no processo formativo. Inicialmente, consideramos importante apresentar a noção de rede que irá nos guiar nessa empreitada.

John Law (1989), em seu texto *O laboratório e suas redes*, apresenta uma detalhada descrição da trajetória científica de uma pesquisadora, Rose. Law descreve as atividades nas bancadas do laboratório, os procedimentos executados, os relatórios, as divulgações das pesquisas realizadas pela pesquisadora em questão. No entanto, o que chama muito a atenção no relato do autor é a importância que dá aos elementos heterogêneos que compõem a pesquisa e, mais que isso, o quanto esses múltiplos elementos (tubulações de água, gás e eletricidade, materiais do laboratório, instrumentos de medida, biotério, ratos, agências de fomento, Ministério da Justiça, técnicos, dentre incontáveis outros agentes), participam, em muitas circunstâncias, silenciosamente, da composição da rede na qual a pesquisa está inserida. Refletindo sobre as ponderações do autor, é possível transportar a realidade do laboratório por ele descrito para a pesquisa em questão, ou para qualquer outra pesquisa, quando lançado um olhar sob a perspectiva da Teoria Ator-Rede.

Pesquisar sobre a humanização do cuidado à saúde no processo formativo implica levar em consideração um emaranhado de fios e nós que compomos essa rede. A humanização pode ser considerada como uma rede resultante de múltiplas redes e que, por sua vez, possibilita a emergência de outras tantas. Ao puxar um fio condutor, observa-se que a humanização faz parte de muitos movimentos relacionados à saúde brasileira, em especial, ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003. Os programas, políticas, discussões e ações que antecederam e sucederam a PNH, no que se refere às discussões sobre a humanização, também compõem essa rede.

Outras redes fazem parte da rede da PNH: os atores (gestores, profissionais e usuários) do sistema de saúde vigente; as práticas desenvolvidas nas diferentes e inúmeras instituições de saúde, dentre outros. A humanização sob a ótica da formação profissional envolve ainda outros tantos agentes: instituições de formação, Diretrizes Nacionais

Curriculares, projetos políticos pedagógicos, programas das disciplinas, professores, coordenações, alunos.

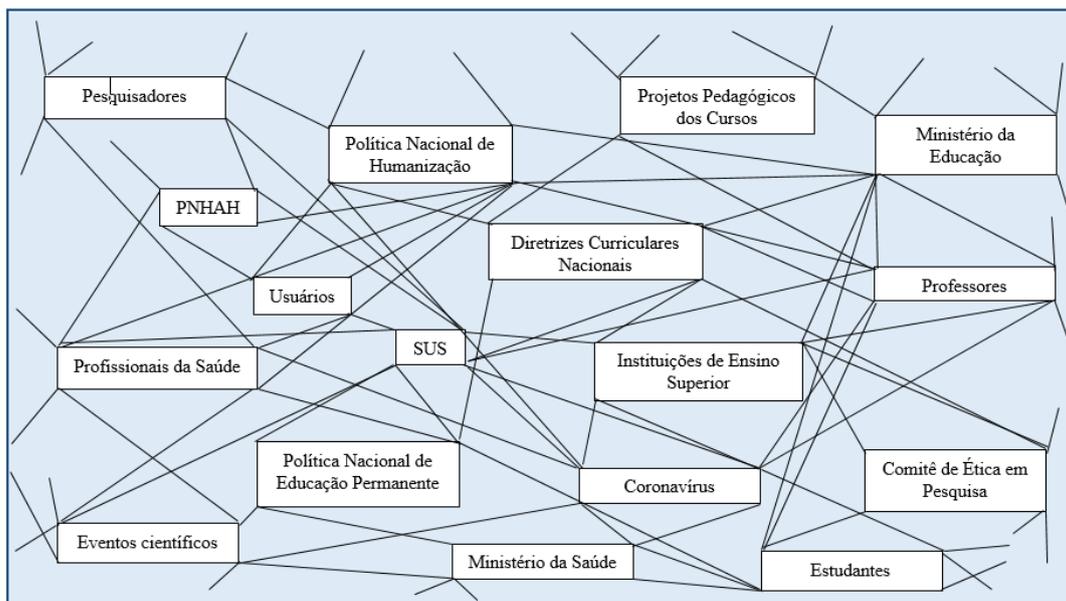
Para além disso, uma pesquisa de doutorado como a que aqui se inscreve compreende outra “multidão de agentes” (Law, 1989, p. 11): o Programa de pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa, os eventos científicos, os pareceristas dos trabalhos enviados aos eventos, os professores e múltiplos outros elementos que, por muitas vezes, não se fazem vistos, mas que não deixam de compor, sustentar e com os quais em algumas situações é necessário negociar para que o fluxo da pesquisa aconteça.

Vale acrescentar outro importante actante que passou a compor a rede da formação e, inevitavelmente, dessa investigação, denominado: coronavírus. Como exposto no capítulo anterior, esse agente em conjunto com a legião de outros elementos que ele arregimenta e com os efeitos inimagináveis e inegociáveis que ele faz fazer, se impôs entre nós e, portanto, precisa vir à baila em nossas discussões.

A proposta das redes apresentada na Teoria Ator-Rede e já evidenciada na introdução e mais especificamente na primeira seção deste estudo, em muito se aproxima da noção de rizoma proposta por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995). Na introdução de *Mil Platôs* os autores apresentam o rizoma partindo das ideias da botânica. O rizoma remete à grama, tubérculo ou gengibre, não sendo possível identificar o seu início ou o seu fim, ele se espalha. Contrário ao pensamento tradicional, arborescente, no qual a árvore do conhecimento possui uma raiz única que sustenta o tronco, o rizoma se conecta por agenciamentos. O rizoma insiste na apreensão da realidade por fluxos, superfícies, velocidades e combate à lógica das formas e modelos. “[...] Qualquer ponto do rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo. É muito diferente da árvore ou da raiz que fixam um ponto” (Deleuze; Guattari, 1995, p. 21).

Em minha dissertação de mestrado podemos encontrar um importante esquema que faz alusão à ideia de rizoma ou redes. Mais uma vez utilizamos de tal figura, aqui adaptada para a realidade investigada, a fim de ilustrar a discussão proposta (Leal, 2013).

FIGURA 2 - Ilustração das redes que compõem a humanização na formação de profissionais da saúde.



Fonte: Leal (2013, adaptado).

É importante reiterar que as redes não são isoladas entre si. Ao contrário, elas se conectam constantemente de maneira imprevisível e ilimitada em suas possibilidades de fazer novas vinculações. A Figura 1 busca demonstrar exatamente essas conexões. É interessante observar que, por não ser uma estrutura fechada, novos elementos podem começar a fazer parte da rede e estabelecer novas formas de conexões, como é o caso do último elemento acrescentado na Figura 1 (o quadro do coronavírus) que, até o início do último ano desta pesquisa, era completamente inexistente para nós.

5.1 Breve contextualização sobre a realidade da educação superior

Em um estudo que se dedica a descrever a rede que compõe a formação em saúde faz-se necessário discorrer acerca do cenário da formação superior, especificamente, no contexto nacional. Para tanto, de maneira preliminar, iremos nos pautar nos dados do Censo da Educação Superior que retratam a realidade do ano de 2018¹⁷ para introduzirmos essa apresentação.

O Censo da Educação Superior é realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), anualmente. Trata-se da mais relevante

¹⁷ O relatório é de novembro de 2019, no entanto, traz as informações referentes ao ano anterior. No momento da escrita da tese optamos por utilizar o referido documento, uma vez que o relatório referente ao ano de 2019 ainda não havia sido publicizado.

pesquisa estatística do ensino superior do país. Tal levantamento apresenta informações referentes às instituições de ensino superior, aos cursos de graduação, bem como aos perfis dos docentes e dos discentes (Brasil, 2019).

Para iniciar tal discussão, apresentamos a Tabela 1, elaborada a partir da base de dados do referido Censo, que evidencia o número de instituições de educação superior por organização acadêmica e a categoria administrativa no território nacional no ano de 2018 (Brasil, 2019, p. 7).

TABELA 1: Número de instituições de educação superior, por organização acadêmica e categoria administrativa – Brasil – 2018

ANO	TOTAL	UNIVERSIDADE		CENTRO UNIVERSITÁRIO		FACULDADE		IF E CEFET	
		PÚBLICA	PRIVADA	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICA	PRIVADA	PÚBLICO	PRIVADO
2018	2.537	107	92	13	217	139	1.929	40	n.a.*

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Censo da Educação Superior 2018.

*Não se aplica.

Fonte: Brasil (2019).

Destacamos na tabela a posição da IES investigada. Trata-se de uma IES que está entre as 1.929 faculdades privadas do país. Segundo o Censo, 88,2% das instituições de ensino superior do Brasil são privadas e, como apresentado na tabela, o predomínio, 86,2%, são faculdades. Outra informação relevante nesse sentido é que, apesar do alto número de faculdades, as matrículas estão concentradas nas universidades. Outro dado significativo é que no ano de 2018, 3,4 milhões de alunos ingressaram em cursos de educação superior, desses 83,1% em instituições privadas. O Censo apresenta também uma evidente expansão no que diz respeito ao número de ingressantes nos cursos, comparado aos anos anteriores (Brasil, 2019).

O crescimento do ensino superior no país, com evidência a partir dos anos 2000, apresenta, além do aumento ao acesso a esse nível educacional, uma série de desafios intrínsecos a tal desenvolvimento. Entre eles, destacam-se: a qualidade dos cursos de graduação, a manutenção de cursos indispensáveis ao conhecimento humano, a gestão de cursos com problemas em seu desenvolvimento, a modernização da estrutura acadêmica e administrativa das graduações, algumas das questões que precisam ser transpostas (Martins, 2006).

Para além disso, Martins (2006) apresenta que as IES nas ofertas dos seus cursos de graduação precisam estar atentas às características regionais nas quais estão inseridas, bem como ao perfil do egresso que pretendem formar, o qual será absorvido pelo mercado de trabalho daquela dada região. Assim, é muito importante que os projetos pedagógicos dos cursos abranjam tais demandas e características contextualizadas. Nas palavras da autora:

Importa valorizar o saber técnico-científico das diferentes áreas de conhecimento, da cultura e do contexto onde acontece o ensino, em detrimento da manutenção de currículos com elevadas cargas horárias e com rígido sistema de encadeamento de disciplinas e pré-requisitos (Martins, 2006, p. 30).

Outro esforço importante por parte das IES, segundo Martins (2006) é a aproximação da instituição de ensino aos conselhos de classe, no intuito de favorecer uma formação mais próxima da realidade de trabalho daqueles futuros profissionais, bem como a responsabilização de tais discentes para com os deveres que a profissão lhes impõe.

No que tange à educação em nível superior Edgar Morin (2003) tece alguns apontamentos sobre a função e a missão da universidade. Para o autor, a universidade tem um papel transecular que organiza conhecimentos do passado, do presente e do futuro. Para além disso, a universidade deve atuar em complementariedade com a sociedade, numa relação dialética e produtiva. Em suas palavras:

A Universidade conserva, memoriza, integra, ritualiza uma herança cultural de saberes, ideias, valores; regenera essa herança ao reexaminá-la, atualizá-la, transmiti-la; gera saberes, ideias e valores que passam, então, a fazer parte da herança. Assim, ela é conservadora, regeneradora, geradora (p. 81).

Indo ao encontro das ideias apresentadas por Morin, Martins (2006) evidencia que a formação universitária, bem como a própria universidade, vivencia uma dialética diante da dinâmica social: ela pode reproduzir o conhecimento, como pode também criar alternativas, inovar, apresentar novos caminhos. Para a autora, a qualidade do ensino é uma meta a ser sempre alcançada, não se tratando de algo abstrato, ou seja, a qualidade do ensino “se efetiva por meio de ações científicas, culturais e sociais que instrumentalizam a comunidade acadêmica para buscar informações, analisá-las e

selecioná-las, a fim de melhor apreender, compreender e interferir na realidade” (Martins, 2006, p. 29).

Nesse sentido, a autora complementa que a formação universitária na primazia da sua qualidade precisa contextualizar os conhecimentos e a prática técnico-científica aos valores humanos, na promoção da cultura da não violência, da valorização da pluralidade cultural e da coletividade.

Para além dos desafios e entraves a serem atentados pelas instituições de ensino superior, valemo-nos dos apontamentos de Freire (1997), que faz uma digressão interessante sobre algumas questões a serem consideradas pelas instituições católicas que é o caso da IES investigada. Paulo Freire ao final do seu livro *Política e Educação* lança um questionamento muito pertinente para as discussões acerca da formação, sobre o qual podemos refletir para acompanharmos a realidade da Instituição pesquisada. A pergunta do autor é a seguinte: “Quais as tarefas de uma Universidade Católica?” (p. 52).

Faço estas considerações preliminares para enfatizar o malogro, na análise das tarefas de uma Universidade Católica, que implica não levar em consideração as opções político-teológicas dos seus responsáveis. Dos que preponderantemente fazem o seu perfil, projetam sua política de ensino, de pesquisa, de extensão [...]. Não se faz pesquisa, não se faz docência como não se faz extensão como se fossem práticas neutras. Preciso saber a favor de que e de quem, portanto contra que e contra quem, ensino ou me envolvo em atividade mais além dos muros da Universidade. Em suma, a pergunta em torno das tarefas de uma Universidade Católica não pode ter uma resposta universal que seja a resposta. A própria especificidade da Universidade Católica que a singulariza em face de outras universidades privadas ou públicas é trabalhada de forma diferente se o poder que a governa se orienta numa perspectiva progressista ou tradicionalista (Freire, 1997, p. 54).

Assim, Freire (1997) apresenta algumas tarefas que considera importantes de serem observadas e cumpridas por uma universidade católica que pretende um ensino progressista. Para o autor essas tarefas implicam o exercício de algumas virtudes ou qualidades.

A primeira virtude apresentada por Paulo Freire (1997) e, sem a qual, a universidade católica que se propõe progressista se perde e torna-se tradicionalista é a tolerância. A tolerância, prática indispensável na vida universitária, implica na convivência harmônica entre os diferentes. “A tolerância significa apenas que os diferentes têm o direito de continuar diferentes e o direito de aprender de suas diferenças. Diferenças de natureza religiosa, cultural, sexual, político-ideológica, diferenças raciais, de classe” (p. 54).

Segundo Freire (1997), um dos requisitos fundamentais que viabiliza a tolerância é a humildade. Para o autor, o ambiente acadêmico é permeado por arrogância e intolerância. As pessoas têm medo e insegurança de serem consideradas aquém em relação ao outro; têm receio que o brilho do outro ofusque o seu. Tudo isso, inviabiliza uma prática tolerante.

Outra tarefa apresentada por Freire (1997) a ser cumprida pela universidade é o incentivo à curiosidade. Não uma curiosidade “desarmada”, mas uma curiosidade epistemológica, metódica e exigente. Cultivando a essência do ser da imaginação, da invenção, da criação. “É por isso também que a educação será tão mais plena quanto mais esteja sendo um ato de conhecimento, um ato político, um compromisso ético e uma experiência estética” (p. 55).

Assim, como extensão da curiosidade, Paulo Freire apresenta a terceira tarefa que deve estar em todos os níveis da formação: no ensino, na pesquisa e na extensão, que é a prática de desocultar verdades e sublinhar bonitezas, que também exige o exercício da tolerância e do respeito aos diferentes saberes. Por fim, o autor, brilhantemente conclui:

A paixão da curiosidade, a desocultação da verdade, o gosto da boniteza, a transparência em tudo o que diz, em tudo o que busca e em tudo o que faz devem, a meu ver, caracterizar uma universidade que, sendo católica, não menospreza os que não são ou o que, não sendo católica não se sente mal com a existência da que é (p. 56).

Feitas essas observações iniciais acerca da realidade da educação superior no Brasil, da contextualização das instituições de ensino e, mais especificamente, das instituições de ensino católicas, partiremos para uma apresentação da Instituição de Ensino Superior pesquisada para que o leitor tenha a oportunidade de melhor se situar e ampliar a sua compreensão acerca da rede que intentamos descrever.

5.2 Conhecendo a Instituição de Ensino Superior

A Instituição de Ensino Superior investigada é uma faculdade localizada em um município do interior de Minas Gerais, pertencente ao colar metropolitano de Belo Horizonte, com população de cerca de noventa e três mil habitantes e dista aproximadamente noventa quilômetros da capital mineira. Segundo o Plano de Desenvolvimento Institucional - PDI (2016-2020), a Faculdade iniciou suas atividades como extensão da Universidade Católica de Minas Gerais no ano de 1969, com os cursos de Licenciatura Curta em Ciências, Estudos Sociais e Letras. No ano de 1985, já com os

cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação, a Instituição desligou-se da Universidade Católica de Minas Gerais, mas permaneceu vinculada à Igreja Católica por meio de uma Confraria da cidade que é a sua mantenedora e que está, por sua vez, subordinada à Diocese regional.

A partir de 1985 muitos outros cursos foram autorizados e reconhecidos pelo Ministério da Educação, sendo que os cursos de Enfermagem e Psicologia foram autorizados nos anos de 2004 e 2014, respectivamente. Atualmente, a IES conta com os seguintes cursos de graduação: Administração, Agronegócio, Ciências Contábeis, Direito, Enfermagem, Gestão de Tecnologia da Informação, Letras, Matemática, Pedagogia, Psicologia e Sistemas de Informação. Além das graduações acima evidenciadas, a Faculdade desde o ano de 2008 oferece cursos de pós-graduação *lato sensu* nas áreas: Negócios, Saúde, Educação, Direito, Tecnologia e Agronegócio. Mais especificamente na área da saúde, as pós-graduações são: Enfermagem do Trabalho, Enfermagem: Urgência e Emergência e Terapia Cognitivo Comportamental. A IES, pertencente ao Sistema Federal de Ensino Superior e possui, de acordo com o Plano de Desenvolvimento Institucional (2016-2020), cerca de mil e trezentos alunos de graduação matriculados nos cursos oferecidos.

Dentro do planejamento estratégico da IES temos a missão, a visão, os valores e os princípios institucionais, a saber:

Missão: Promover o ser humano através da produção do processo de geração e transmissão de conhecimento, com princípios éticos e cristãos, formando cidadãos capazes de transformar positivamente o ambiente a sua volta, munidos de consciência crítica e alinhados com a necessidade de desenvolvimento sustentável da sociedade
Visão: Ser reconhecida como uma das melhores instituições de ensino superior do Brasil. **Valores:** Fé, Moral, Coragem, Respeito, Simplicidade. **Princípios:** Interdisciplinaridade; Fomento ao avanço tecnológico e ao progresso científico; Incentivo à cultura e à criatividade; Alianças com empresas e associações; Apoio ao empreendedorismo; Compromisso com a defesa da vida; Foco no desenvolvimento social (Plano de Desenvolvimento Institucional, 2016-2020, p. 13).

Observamos que as propostas do Plano de Desenvolvimento Institucional encontram convergências com as ideias de Paulo Freire (1997), anteriormente apresentadas. Algumas características importantes de existirem e serem cultivadas em uma instituição católica (tolerância, convivência harmônica entre os diferentes, humildade, incentivo à curiosidade) podem ser encontradas em outras palavras no PDI.

Coerência com essas ideias também poderão ser observadas nos fragmentos das falas de alguns dos entrevistados nas páginas que se seguem.

A formação profissional na referida Instituição de Ensino Superior abrange três áreas: I – Formação Específica, Geral e Humana, composta pelas seguintes disciplinas: a) Disciplinas Específicas (ES) que contemplam conteúdos específicos de cada curso; b) Disciplinas Transversais por Área (TA) que caracterizam-se por serem comuns às áreas de formação, por exemplo, os estudantes de Psicologia e Enfermagem cursam em conjunto algumas TAs, como é o caso da disciplina Políticas Públicas; c) Disciplinas Transversais Institucionais (TI) constituídas por conhecimentos que oportunizam a formação geral e humana dos discentes. São disciplinas oferecidas na forma presencial e semipresencial, possibilitando ao estudante o contato com ambientes virtuais de aprendizagem. As TIs são as mesmas para todos os cursos.

II – Formação Interdisciplinar e de Desenvolvimento Científico: a) Projeto Integrador: são projetos interdisciplinares que visam o desenvolvimento de habilidades e competências do futuro profissional atrelando atividades que compõem o ensino, a pesquisa e a extensão; b) Trabalho de Conclusão de Curso: visa o desenvolvimento de práticas relacionadas à investigação, produção e divulgação científica nos cursos de graduação.

III – Formação Prática e Complementar, composta por: a) Estágios Supervisionados que se referem a componentes curriculares específicos de acordo com as diretrizes de cada curso. Trata-se de uma oportunidade do discente experienciar na prática o fazer de sua profissão. Além disso, possui fundamental importância no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes concernentes à formação; b) Atividades Complementares: são atividades que não estão previstas no currículo da graduação, mas que privilegiam a complementação da formação seja no âmbito profissional, social e/ou cultural. As atividades complementares são uma obrigatoriedade segundo as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação e a Lei 9.394/96, que estabelece as Diretrizes da Educação Nacional; c) Prática de Ensino – trata-se também de um componente obrigatório de caráter teórico prático aplicável às licenciaturas, com o intuito de proporcionar experiências pedagógicas em diferentes contextos educacionais; d) Prática de Laboratórios/Clínica – São práticas relativas aos cursos que dispõem de sua obrigatoriedade conforme as diretrizes curriculares de cada formação. As práticas de laboratórios também podem acontecer em função de pesquisas e projetos de extensão.

5.3 A Estrutura Física da Instituição

No que concerne à estrutura física da IES, buscaremos fazer uma descrição para o leitor como se estivéssemos visitando o local. Você entra na Faculdade por um amplo estacionamento para os veículos, o qual possui algumas árvores e um jardim sempre bem cuidado. À direita do estacionamento de carros fica a entrada de pedestres que é formada por uma alameda de palmeiras e árvores. Do lado direito dessa passarela fica uma grande lagoa cercada também por palmeiras. Seguindo ainda à direita da lagoa localiza-se o estacionamento de motos e, ao fundo, uma área verde chamada de bosque. Ao lado do estacionamento de motos está a lanchonete e a praça de alimentação.

Vale dizer que esse local entre a lagoa, o estacionamento de motos, o bosque, e a lanchonete é muito utilizado para atividades diversas. Por ser um local amplo e com muitas árvores, possibilita atividades ao ar livre. É comum o desenvolvimento de projetos que envolvam a comunidade, práticas ou orientações de estágios, feiras, dentre outras atividades acadêmicas e sociais.

Voltando ao estacionamento de carros, logo à frente temos a entrada principal para o prédio da Faculdade que está ligado a uma capela (que fica bem em frente à lagoa). Uma observação importante para o momento é que como trata-se de uma instituição católica, a comunidade acadêmica é sempre convidada a participar das celebrações comemorativas ou mesmo daquelas que acontecem habitualmente nos dias de semana.

O *campus* possui, segundo as descrições do Plano de Desenvolvimento Institucional (2016-2020), um prédio grande composto por quatro blocos de até quatro andares. Nesses blocos encontram-se as salas de aulas, laboratórios, coordenações, sala dos professores, secretarias, departamentos administrativos, escritório social. Além disso, há dois auditórios, um com capacidade para 190 pessoas e o outro para 160 pessoas, ambos equipados com aparelhos multimídia completos. Há ainda, uma sala de multimídia, uma sala de vídeo-projeção, quatro laboratórios de informática, quatro espaços culturais sendo dois cobertos e dois ao ar livre, que muitas vezes são utilizados para exposições, feiras e atividades acadêmicas variadas. A instituição é composta também por uma biblioteca central com espaços para estudos individuais e coletivos.

Além dessa estrutura física a IES conta com um ambiente virtual que antes da pandemia já era usado para as disciplinas Transversais Institucionais, para algumas pós-graduações e demais cursos, como já mencionado. Após o início das aulas remotas, em decorrência da pandemia, a Faculdade “passou para a virtualidade”. As aulas no período

pandêmico acontecem na maioria das vezes pelo *Google Meet*, plataforma sugerida pela IES; contatos com os alunos por meio do portal virtual da Faculdade; via *WhatsApp*; *e-mail* etc. Ficando a critério do docente a melhor forma de contatar seus estudantes.

A partir dessa descrição da estrutura da IES é perceptível a fluidez dos elementos que compõem a rede. Como expõe Queiroz e Melo (2011, p. 178), “A TAR permite verificarmos uma multiplicidade de materiais heterogêneos conectados em forma de uma rede que tem múltiplas entradas, está sempre em movimento e aberta a novos elementos que podem se associar de forma inédita e inesperada”. Toda essa estrutura física diariamente cheia de pessoas; professores com suas pastas e materiais; estudantes rindo e conversando; tudo muito iluminado; aparelhos projetores ligados todas as noites; papéis; envelopes; livros; microfones; os barulhos das salas de aula... De repente, tudo parou! Os auditórios sempre cheios de eventos, silenciaram-se; as salas de aula, fechadas; os corredores movimentados durante toda a noite, vazios; a sala dos professores, sempre cheia e agitada nos intervalos, passou a abrigar apenas mesas, cadeiras e escaninhos. E até mesmo esses não humanos que outrora participavam ativamente dessa agitação: as mesas servindo os cafés, as cadeiras sendo arrastadas de um lado para o outro, as portas e os cadeados dos escaninhos de cada docente batendo, também se calaram. Os ambientes eram outros, os encontros ocorriam, mas em outros meios. Outros mediadores exerciam a função de oportunizar a continuidade da formação.

5.4 A vida acadêmica: o processo de ensino-aprendizagem

Ao pesquisar sobre a formação universitária, embasamo-nos nas ideias fundantes do marco teórico freiriano e nos diálogos estabelecidos com outros autores. Propostas estas que nos auxiliam na compreensão dos processos educativos e suscitam reflexões sobre a coerência de práticas éticas que sejam consonantes com as demandas sociais, portanto, práticas contextualizadas. Para isso, buscaremos percorrer os caminhos à luz da Teoria Ator-Rede.

Em linhas preliminares acreditamos que uma importante relação que precisa ser enaltecida nesse cenário é aquela estabelecida entre o educador e o educando. A qualidade e a dinâmica dessa relação fazem muita diferença no processo de aprendizagem do estudante, bem como na formação de ambos enquanto pessoas e profissionais.

A Teoria Ator-Rede, como já exposto em momentos anteriores, tem como um dos seus principais objetivos a superação das tradicionais dicotomias modernas: sujeito-

objeto, natureza-cultura, humano-não humano, materialidade-socialidade. Sobre essa cisão entre as partes, Queiroz e Melo (2011) inspirada nas ideias de Despret (2002), comenta:

Trata-se de uma visão que congela, em grande medida, a possibilidade de transformação nas pontas, sem levar em conta que estas estão em contínua mistura, produzindo híbridos incessantemente e indefinidamente. Ao invés da imposição de uma(s) parte(s) sobre outra(s), da substituição de uma(s) pela outra(s), como pretendeu o projeto moderno, as partes se transformam no contato com versões heterogêneas, reunindo propriedades através do ajuste de práticas e interesses híbridos, meio pelo qual estas partes recebem, umas das outras, a chance de transformação mútua (Queiroz e Melo, 2011, p. 179).

Dessa forma, no presente estudo não pretendemos trabalhar com os atores: educador e educando, de forma polarizada. Segundo Freire (2013, p. 25), “Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. Dessa maneira, consideramos ambos e outros tantos agentes como sendo partícipes do coletivo que produz a aprendizagem, produzindo efeitos e sendo afetados. Portanto, apostamos na composição entre esses múltiplos actantes.

Paulo Freire foi um importante educador que defendeu fortemente a promoção de uma educação pautada na ética crítica, na competência científica e na amorosidade autêntica. Suas ideias, na emblemática obra *Pedagogia da Autonomia*, lançam possibilidades de reflexão da prática educativa, especialmente, no que concerne à relação educador e educando desde a educação fundamental até a pós-graduação. Nesse sentido, o autor se embasa nos princípios de que a prática formativa deve ser “fundada na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando” (2013, p. 12).

Sob essa perspectiva, Freire (2013) defende que a competência técnica-científica e a rigorosidade do professor no desenvolvimento de suas práticas de formação não são incompatíveis com essa postura de amorosidade e respeito aos estudantes. Nas palavras do autor: “É preciso aprender a ser coerente. De nada adianta o discurso competente se a ação pedagógica é impermeável a mudanças” (p. 12).

No decorrer de sua apresentação nessa respectiva obra, o autor evidencia as exigências intrínsecas ao ato de ensinar e convoca o professor a repensar sua prática educativa colocando o estudante como protagonista do processo de construção do

conhecimento, considerando-o como um ser histórico, social e cultural e, cujo processo educativo, precisa, necessariamente, primar por todo esse contexto.

Paulo Freire defende vigorosamente a ideia de superação de uma educação bancária apresentada de forma pormenorizada em seu livro *Pedagogia do Oprimido* e desenvolvida em outras obras (Freire, 1997; 2013). Na educação bancária, o conhecimento do professor é transferido ao aluno sem considerar a sua capacidade crítica, seus saberes prévios e experienciais, seu poder de construção do conhecimento e recriação de sua realidade. Contrário a esse modelo de educação, Freire (2013) destaca: “[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (p. 24). Considerando, assim, o educando como um sujeito cognoscente que não está à mercê da pura incidência da ação formadora do professor (Freire, 1997).

Como relata Queiroz e Melo (2011), sob a perspectiva da Teoria Ator-Rede, é preciso compreender que as aprendizagens de cada sujeito estão atreladas a uma rede que lhes sustenta e é, por sua vez, oriunda de coletivos que associam humanos e não humanos. Por isso a importância de uma posição ativa do educando frente ao conhecimento e não meramente de um receptor. Atuando sobre as suas próprias aprendizagens o educando tem a oportunidade de realizar as suas traduções: abandonar as referências que os conhecimentos e vivências prévios possibilitam e assimilar códigos e conhecimentos até então desconhecidos.

Nesse sentido, para pensar o processo de aprendizagem à luz da Teoria Ator-Rede, como propõe Queiroz e Melo (2011), optamos por utilizar o termo tradução ao invés de transmissão. Tradução é um conceito de suma importância para a Teoria Ator-Rede, tanto que a TAR também é conhecida como Sociologia das Traduções, como já evidenciado na introdução desse estudo. Para a TAR, a noção de tradução não é concebida apenas como a mudança de um código para outro ou de um vocabulário para outro, mas como “um deslocamento, um desvio de rota, uma mediação ou invenção de uma relação antes inexistente e que, de algum modo modifica os atores nela envolvidos – logo, modifica a rede (Pedro, 2010, p. 83). Tradução designa, portanto, as negociações que fabricam determinada rede e o que nela circula. Para Latour (2017, p. 367), tradução¹⁸:

[...] em suas conotações linguísticas e materiais, refere-se a todos os deslocamentos por entre outros atores cuja mediação é indispensável à ocorrência de qualquer ação. Em lugar de uma rígida oposição entre contexto e conteúdo, as cadeias de translação

¹⁸ Para Latour (2017), tradução é também denominada de translação.

referem-se ao trabalho graças ao qual atores modificam, deslocam e transladam seus vários e contraditórios interesses.

Segundo Queiroz e Melo (2008) devido a esses deslocamentos a tradução caracteriza-se por similaridades e diferenças: há sempre a manutenção de algo originário e, ao mesmo tempo, a modificação de outros aspectos. Assim, de acordo com Law (1997), a tradução implica no processo de traição, na medida em que algo, alguém, um objeto, um conceito ou um evento, ao se traduzir, perde algo da sua originalidade e passa a conter algo de novidade, vai se performando. Posto isso, no que concerne ao processo de aprendizagem, Queiroz e Melo (2011, p. 181, grifos do autor) enfatiza:

Se tomarmos a palavra *traduzir* com o significado de tornar uma linguagem compreensível, transformar um enunciado problemático numa linguagem de um outro enunciado particular, poderíamos, então, entender a aprendizagem como uma ação que traduz e que transforma: na transmissão de um saber ou uma prática, tanto aquele que ensina como aquele que aprende precisam encontrar pontos de passagem para tornar a tradução possível, para tornar o aprendido parte de si, imprimindo nele a sua marca.

Voltando às ideias de Paulo Freire acerca da educação bancária caracterizada por ser antidemocrática, autoritária e domesticadora, podemos, como aponta Albuquerque (2018), visualizar o quanto algumas formações, especificamente no âmbito da saúde, foco da presente análise, se dão para atender aos interesses das classes dominantes. Exemplo disso são ações e práticas profissionais que atendem a interesses de empresas e/ou laboratórios, reafirmam modelos hospitalocêntricos, desrespeitam as diversidades e os inúmeros determinantes que envolvem o processo de adoecimento.

Para Freire (1987) a educação problematizadora, contrária à ideia de educação bancária, é considerada como uma prática de liberdade, um processo de humanização dos sujeitos. Humanização, palavra tão cara para a presente pesquisa é reiteradas vezes utilizada pelo autor. Freire considera a educação como uma ação que leva o sujeito a *Ser Mais*, a humanizar-se, a ser considerado como sujeito livre, autônomo, inserido em um contexto histórico, social e cultural.

Nesse sentido, a formação para humanização depende de um investimento ativo e responsável do estudante. Sobre o fato de a IES investigada formar profissionais capacitados no que diz respeito à humanização do cuidado, foi evidenciada pelos entrevistados a necessidade da conjunção de dois elementos: as ações desenvolvidas pela IES, bem como uma atitude disponível do aluno. Nesse sentido, podemos perceber nas

falas que se seguem que tanto os professores, como os alunos responsabilizam também os estudantes pela sua formação.

Eu acredito que a faculdade propicia essa possibilidade, mas algo que eu tenho refletido muito, até uma parte, né? Eu penso que, até pensando, considerando o processo de ensino e aprendizagem eu acho que não basta a faculdade ofertar se não há a disponibilidade do aluno em receber. Então eu penso que essa, é essa responsabilidade por assim dizer, ela é compartilhada, eu considero que sim, que a faculdade tem essa preocupação por tudo que eu disse anteriormente. Vejo que as propostas que o corpo docente faz, até para eventos fora sala de aula... que exige uma mobilização de trabalhar junto com colegas ou com os alunos em outros espaços é sempre muito bem acolhido, há uma facilidade para que isso ocorra. Mas penso que é necessário que tenha também uma disponibilidade do aluno, né? Um envolvimento, um interesse, né? [...] (Professor 1).

Eu vejo que a gente preocupa, a gente fala, a gente faz da melhor maneira possível porém, os alunos muitas vezes não colaboram, não corroboram né? Com o que está sendo dito em sala de aula. Então a culpa não é da IES, não é dos professores em geral e sim, talvez dos alunos (Professor 3).

E também não depende só da instituição, depende da gente, fazer nossas pesquisas externas. Querendo ou não a instituição, ela não é responsável cem por cento pela nossa capacitação, somente parte da responsabilidade (Estudante 2).

Depende do que aquele futuro profissional vai querer pra ele, porque fazer o esforço a instituição faz, mas depende do que ele vai querer. Então a gente vê muita gente antes mesmo de formar já mecanizado na assistência, já entendendo que seu papel é só tratar o doente e pronto e não entender que se tem muito mais a fazer por ele. Então a instituição tem essa vontade e ela faz, o curso é bem voltado pra essa questão, pra esse atendimento holístico, geral, humanizado do paciente, do usuário, mas depende muito do aluno, porque muitos não vão fazer, infelizmente (Estudante 10).

Os relatos dos entrevistados nos levam a perceber uma tentativa de superação da lógica: professor detentor do saber e aluno como ser passivo frente à recepção do conhecimento, como já vínhamos discutindo anteriormente. Os fragmentos evidenciam a responsabilidade do aluno para com a sua formação. O processo formativo depende dele também. Não basta que a instituição promova as melhores condições formativas, é importante que os discentes assumam esse papel ativo na formação. E sobre isso, como já destacamos, as propostas freirianas defendem reiteradas vezes que uma educação que se propõe progressista, como prática da liberdade, precisa, necessariamente, contar com essa interação entre professores e alunos e aqui acrescentamos todos os incontáveis actantes presentes na formação.

Edgar Morin (2003) traz contribuições que convergem com as ideias anteriormente citadas sobre a educação, o ensino, bem como a relação professor-aluno. Para o autor: “A PRIMEIRA FINALIDADE do ensino foi formulada por Montaigne:

mais vale uma cabeça bem-feita que bem cheia” (p. 21, grifos do autor). Sobre a conceituação de “cabeça bem cheia” o autor refere-se à acumulação de conhecimento que não oferece uma organização que faça sentido ao aprendente. Podemos, inclusive, relacionar a uma forma de transmissão de conhecimento que se pauta na educação bancária, cujo depósito de informações dá a tônica ao processo de ensino e aprendizagem.

Contrária a essa ideia, uma “cabeça bem-feita” pressupõe dois aspectos fundamentais elencados por Morin (2003, p. 21): “uma aptidão geral para colocar e tratar os problemas; princípios organizadores que permitam ligar os saberes e lhes dar sentido”. Baseado em tais pressupostos, o autor fala da importância do estímulo à curiosidade, do encorajamento à prática interrogativa do aluno, orientando-o para problemas fundamentais da vida. Para o Morin, “uma cabeça bem-feita” está apta para organizar os conhecimentos, evitando assim uma acumulação improdutiva dos mesmos.

Com base em tais argumentações, fica claro, segundo as propostas de Morin (2003), que a educação não se trata da mera transmissão de conhecimentos, mas “trata-se de transformar as informações em conhecimentos, de transformar o conhecimento em sapiência [...]” (p. 47) e da incorporação dessa sabedoria para toda a vida. Corroborando com tais ideias, citamos Queiroz e Melo (2011, p. 180) quando a autora evidencia que:

A aprendizagem, como uma incorporação de saberes e fazeres, só faz sentido se a pessoa dispõe dela para operar efeitos sobre si e sobre o mundo. Essa possibilidade de lançar mão de determinados conhecimentos torna-se possível, uma vez que o aprendido faça sentido e seja digerido/transformado como parte daquele que aprende, ou seja, desde que se opere uma “tradução”, desde que se ache umnexo entre o que se pretende ensinar e o que se pode aprender de um assunto num determinado momento.

No que tange à ação do professor Morin (2003) destaca que a o ensino deveria ser tratado não apenas como uma função, uma profissão, mas uma tarefa de saúde pública: uma missão, ressalta o autor. Assim, referindo-se às exigências do ensino como uma missão, o autor destaca:

Exige algo que não é mencionado em nenhum manual, mas que Platão já havia acusado como condição indispensável a todo ensino: o *eros*, que é, a um só tempo, desejo, prazer e amor; desejo e prazer de transmitir, amor pelo conhecimento e amor pelos alunos. O *eros* permite dominar a fruição ligada ao poder, em benefício da fruição ligada à doação. É isso que, antes de tudo mais, pode despertar o desejo, o prazer e o amor no aluno e no estudante (p. 101-102, grifos do autor).

Os apontamentos de uma necessária amorosidade que permeie a prática educativa também vão ao encontro das ideias de Freire (2013), como anteriormente destacado. Educar é um ato de humanizar considerando que, nas ideias freirianas, humanizar não diz de uma prática assistencialista, muito pelo contrário: “a educação libertadora é humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo” (Freire, 1987, p. 67). Nessa perspectiva e aprofundando um pouco mais o sentido de humanização desenvolvido pelo autor, humanizar diz de uma imersão na realidade “só existe no engajamento com a realidade, de cujas águas os homens verdadeiramente comprometidos ficam molhados, ensopados” (Freire, 2003, p. 09).

Trazendo tais ideias para o âmbito da formação em saúde, Moretti-Pires (2012) evidencia que para além da necessidade de redefinição dos modelos pedagógicos dos cursos, é preciso pensar na postura dos professores no contexto da formação, postura essa que deve ser em prol de uma educação libertadora, transformadora, logo, humanizada. Para o autor: “Oprimindo, se ensina opressão, enquanto o ensino com liberdade ensina libertação social” (p. 259).

Tais ideias são reforçadas por meio das falas e percepções dos nossos entrevistados. Nos fragmentos a seguir veremos o quanto a formação para a humanização está muito atrelada à postura do professor para com os seus alunos. É preciso ser um professor com práticas educativas que se pautem na humanização, para que se forme para a humanização.

A forma como o professor ministra as aulas, a forma como o professor consegue acolher as dúvidas, acolher os alunos, estar presente de alguma maneira para além do lugar de professor, eu acho que é uma forma sim da gente ministrar indiretamente sobre essa temática (humanização do cuidado) porque a gente consegue em alguns momentos entender o aluno para além daquele papel social, como um sujeito que ali se encontra. Então quando tem algum mais entristecido, pelo menos eu tento me aproximar, para saber se houve alguma coisa em relação à disciplina, se eu posso ajudar de alguma maneira (Professor 4).

Já que a gente está falando de humanização e eu acredito que isso é muito frequente e muito visível na nossa instituição, os alunos são muito próximos a nós professores, nós professores somos muito próximos a muitos alunos e eu acredito que essa humanização, esse cuidado, esse acolhimento reflete muito na saúde né? Tanto dos alunos quanto na nossa também (Professor 4).

A humanização é um tema que, ao mesmo tempo que ele é prático e teórico. Para vencer o desafio de o paciente não estar aqui, eu tento com a minha prática diária e no meu lidar com o aluno, ser flexível, mas não ser também desleixado. Eu penso isso, por isso ajo dessa forma. Com a minha própria prática, com meu próprio dia a dia eu tento fazer ele imaginar como se fosse essa humanização. Eu conto muitos casos porque minha experiência é boa. [...] Eu tento com a minha experiência, com meu dia a dia tentar com que ele visualize essa humanização. Mas eu também não posso deixar de tentar tratá-lo bem como aluno que tem seus problemas no dia a dia e que, se necessário for, eu posso alterar a minha rotina para atendê-lo individualmente. É assim que eu tento fazer (Professor 9).

Encerrando nossas discussões preliminares no que tange ao processo formativo que se estabelece mediado pela relação educador, educando e outros tantos elementos que compõem esse processo, é importante evidenciar conforme destacam Moretti-Pires e Bueno (2008) que, de acordo com propostas freirianas, não se forma para a cidadania se não se exerce a cidadania, assim como não se forma para a democracia se não se exerce democracia. De maneira equivalente, não é possível uma formação profissional que tome como primazia os princípios do Sistema Único de Saúde e o trabalho coletivo junto a outros profissionais se, no espaço privilegiado para que a formação aconteça, o ambiente universitário, não houver a possibilidade de um contexto de aprendizado consonante a esses princípios e ao trabalho intersetorial e multiprofissional.

5.5 A formação dos profissionais de saúde: bases documentais

A Constituição Federal de 1988, seguida pela Lei n.º 8.080 de 1990, foram marcos fundamentais para a reformulação do sistema de saúde brasileiro. No entanto, como destacam Moreira e Dias (2015), as mudanças para a transformação da formação dos profissionais da saúde só aconteceram muito mais tarde. As primeiras Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos da saúde só foram promulgadas mais de uma década depois, no ano de 2001. O sistema de saúde iniciava com intensas modificações e novidades, porém a formação profissional se orientava pela lógica do antigo modelo de cuidado.

Acerca da formação na saúde a Constituição Federal dispõe no inciso III do art. 200 que compete ao Sistema Único de Saúde: “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. A Lei n.º 8.080, endossa no capítulo dos Objetivos e Atribuições, art. 6º, inciso III: a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. O art. 14º estabelece:

Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único: Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Está contido, ainda, no art. 16º, inciso IX que à Direção Nacional do Sistema Único de Saúde compete: “promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde”.

Com referência em tais dados e embasando-nos em Moreira e Dias (2015), é possível afirmar que a formação dos profissionais de saúde esteve presente de formas diversificadas nas discussões concernentes à saúde no país, desde o início do século XX. No entanto, é a partir da década de 90, especialmente após a promulgação do Sistema Único de Saúde, que as questões relacionadas ao processo formativo dos profissionais tornam-se mais consistentes. "A hipótese aqui apresentada é a de que as DCN dos cursos da saúde estão relacionadas de forma explícita às mudanças do modelo de atenção à saúde" (Moreira e Dias, 2015, p. 301). As DCN que emergiram nesse contexto precisaram se apresentar como um parâmetro para a formação de profissionais cujo perfil, habilidades e competências fossem coerentes com o novo sistema de saúde, pautados na saúde e não na doença; na equipe e não no médico; na família e não no indivíduo.

Para contextualizarmos o cenário da formação em saúde, acreditamos ser relevante apresentar um pouco do processo histórico no campo da educação, que exerceu forte interferência ao que temos hoje consolidado. Em 20 de dezembro de 1996 foi aprovada a Lei n.º 9.394, Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional que, com embasamento nos princípios da Constituição Federal, define, regulariza e reorienta o sistema de educação brasileiro. A LDB apresenta um conjunto de normatizações específicas para cada nível e modalidade de educação e ensino. No que concerne à educação superior, o art. 43º da referida Lei, apresenta a finalidade desse nível educacional:

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

III - incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;

IV - promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;

V - suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;

VI - estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;

VII - promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição.

A partir das finalidades da educação superior apresentadas pela legislação, é possível traçar um perfil de formação “ideal” para os profissionais: trabalhadores implicados com o desenvolvimento da sociedade e em relação recíproca com ela; envolvidos com o conhecimento técnico e científico e possuidores de uma consciência crítica acerca da realidade. Enfim, profissionais que tenham a possibilidade de conciliar com êxito o tripé da formação profissional: teoria, prática e compromisso social.

Como apontam Moreira e Dias (2015), as ideias iniciais das DCN já se encontram presentes na LDB quando em seu art. 53º, inciso II, é evidenciado: “No exercício de sua autonomia, são asseguradas às universidades, sem prejuízo de outras as seguintes atribuições: II. Fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes”.

No ano de 1997 o Parecer CNE/CES 776/97 apresentou orientações gerais para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Segundo o Parecer, pautado nos pressupostos da Lei das Diretrizes e Bases:

Entende-se que as novas diretrizes curriculares devem contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente [...]. Devem incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. Os cursos de graduação precisam ser conduzidos, através das Diretrizes Curriculares, a abandonar as características de que muitas vezes se revestem, quais sejam as de atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a orientar-se para oferecer uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (Brasil, 1997, p. 02).

Nesse sentido, sendo as diretrizes curriculares orientações para a elaboração dos currículos dos cursos, devem ser respeitadas pelas instituições de ensino superior, assegurando, assim, a qualidade da formação dos futuros profissionais. Esse é, portanto, um grande desafio para as IES: transpor o que está prescrito nas diretrizes para o contexto concreto do ensino e da aprendizagem.

As discussões acerca da formação em saúde tornaram-se mais efervescentes, a partir de 2001, quando as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, voltam suas propostas para um processo formativo que contemple habilidades, competências e conteúdos que considerem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. As DCN são orientações para os cursos de saúde no que se refere ao perfil acadêmico e profissional dos estudantes. Assim, as diretrizes objetivam a formação geral e específica dos egressos, enfatizando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (Albuquerque, 2018).

5.6 As Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação profissional

No ano de 2001 o Ministério da Educação por meio do Conselho Nacional de Educação aprovou o Parecer CNE/CES n.º 1.133/2001, em 7 de agosto. O Parecer trata das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição e se constitui a partir de um embasamento em diversos documentos a saber: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde n.º 8.080 de 19/9/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n.º 9.394 de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação n.º 10.172 de 9/1/2001; Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997; Edital da SESu/MEC n.º 4/97 de 10/12/1997; Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA; Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde. Assim, esse Parecer busca a incorporação dos aspectos fundamentais dos documentos supracitados para a consolidação das DCN na área da saúde (Brasil, 2001).

Com essa fundamentação, as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde foram elaboradas com base na articulação entre a Educação Superior e a Saúde, tendo, dessa maneira, os princípios do Sistema Único de Saúde como elementos

fundamentais (Brasil, 2001). No texto do Parecer são apresentados os artigos e seções da Constituição Federal de 1988 e da Lei n.º 8.080 que definem o que deve ser entendido por saúde, bem como os princípios fundamentais e objetivos do SUS. Com base na contextualização dos princípios e objetivos que as DCN devem estar pautadas, o Parecer apresenta o Objeto e o Objetivo das Diretrizes Curriculares como se segue:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2001, p. 04).

Na sequência do documento são apresentadas as Diretrizes Nacionais Curriculares dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Medicina. Vale ressaltar que as DCN seguem o seguinte formato: Perfil do Formando Egresso/Profissional; Competências e Habilidades; Conteúdos Curriculares; Estágios e Atividades Complementares; Organização do Curso; Acompanhamento e Avaliação. Em 7 de novembro de 2001 é publicada a Resolução CNE/CES n.º 3, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Tal Resolução está fundamentada no Parecer acima citado e é o documento vigente até os dias atuais.

No que concerne ao curso de Psicologia, em 7 de novembro de 2001, o Ministério da Educação aprovou o Parecer CNE/CES n.º 1.314/2001 que trata acerca das Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Psicologia. Em seu relatório inicial, o Parecer deixa muito evidente a necessidade de se romper com as formas de estruturação dos currículos tidos como tradicionais e anteriores às ideias das DCN.

A proposta de substituição de uma tradição curricular caracterizada pela enunciação de disciplinas e conteúdos programáticos por diretrizes curriculares baseadas em competências e habilidades profissionais exige o estabelecimento de acordos acerca de um conjunto de desempenhos e habilidades sobre a identidade profissional, considerando, no entanto, uma difundida consciência de que a legislação que instituiu o currículo mínimo para os cursos de Psicologia havia cumprido seu importante papel histórico, mas precisava ser substituída face aos substanciais desenvolvimentos científicos e

profissionais, acumulados ao longo das quase quatro décadas de sua vigência. Enquanto ciência ampliaram-se as categorias de questões estudadas, novas sub-áreas de investigação emergiram, sofisticaram-se e diferenciaram-se metodologias e instrumentais de pesquisa. Enquanto profissão observou-se crescente possibilidade de atuação voltada para a promoção da qualidade de vida e para a prevenção. Observou-se também uma migração para o trabalho em equipe multidisciplinar e uma expansão dos contextos de atuação. Neste mesmo período foram criadas as pós-graduações na área e surgiram associações científicas e profissionais específicas. A nova legislação teria, não só que refletir o impacto desses eventos como assegurar grau de liberdade para desenvolvimentos futuros (Brasil, 2001b, p. 01).

Nesse sentido, baseado na necessidade de mudança na formação profissional, a fim de atender às transformações que já vinham se estabelecendo no interior da profissão, bem como demandando da Psicologia novos posicionamentos, o Parecer citado apresenta um projeto de resolução já estruturado que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia.

Após muitas discussões sobre as propostas contidas no Parecer CNE/CES n.º 1.314/2001, foi promulgada a Resolução n.º 8 de 7 de maio de 2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Tal Resolução permaneceu vigente por sete anos, sendo revogada no ano de 2011 pela Resolução CNE/CES n.º 5, de 15 de março de 2011, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia.

5.7 Descrição e análise das Diretrizes Nacionais Curriculares dos cursos de Enfermagem e Psicologia

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da área da saúde são actantes fundamentais na composição da rede da formação. Foram constituídas a partir da associação de vários elementos como já evidenciamos: as transformações nos modelos de atenção à saúde; a necessidade de formar profissionais com um perfil coerente com os princípios do sistema de saúde vigente; suas propostas iniciais já contidas na Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional; o embasamento em uma série de outros documentos como a Constituição Federal, a Lei n.º 8.080/90, dentre muitos outros como já destacado, sendo, portanto, uma articulação entre a Educação Superior e a Saúde, tendo o Sistema Único de Saúde como elemento fundamental.

Para além desses agenciamentos que fundamentam as DCN, podemos pensar sobre o inimaginável número de conexões e efeitos por elas gerados, uma vez que são o

norte para a existência e funcionamento dos cursos superiores. Assim, instituições de ensino superior precisam obrigatoriamente respeitar as suas orientações no que diz respeito a todo o funcionamento dos cursos, assegurando, dessa maneira, uma formação de qualidade para os futuros profissionais. A seguir apresentaremos as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Enfermagem e Psicologia.

As Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos de graduação em Enfermagem estão dispostas na Resolução n.º 3, de 7 de novembro de 2001 e definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação em Enfermagem, que deverão ser seguidos pelas instituições de ensino superior.

No início das suas disposições, especificamente no artigo 3º, a Resolução apresenta o perfil do profissional que a IES deverá se empenhar em formar:

O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional: I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

A Resolução n.º 5 de 15 de maio de 2011, por sua vez, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia que deverão ser observadas e seguidas pelas instituições formadoras. Em seu artigo 2º a Resolução apresenta: “As Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Psicologia constituem as orientações sobre princípios, fundamentos, condições de oferecimento e procedimentos para o planejamento, a implementação e a avaliação deste curso”. Assim, no decorrer do documento podemos encontrar todas as disposições que concernem à organização de um curso de graduação em Psicologia.

Inicialmente a Resolução apresenta os princípios e compromissos que o curso de Psicologia deve assegurar na formação dos futuros psicólogos para a atuação profissional, a pesquisa e o ensino. Sem o intuito de sermos reducionistas no que se refere à abrangência dos sete itens colocados pela Resolução, apresentamos uma sumarização de tais compromissos na formação profissional: a formação em Psicologia deve ser pautada no conhecimento científico, considerando a realidade social, histórica, cultural, política,

econômica que os indivíduos, grupos, organizações e comunidades estão inseridos. Nesse sentido, a Psicologia deve ser contextualizada e a formação dos profissionais deverá buscar o desenvolvimento de uma consciência crítica dos fenômenos sociais. Além disso, o fenômeno psicológico em interface com as dimensões biológicas e sociais por ser complexo e multideterminado, deve ser considerado sob diversas perspectivas e em interlocução com outros campos do conhecimento. Ademais, o compromisso com a ética, com os direitos humanos e com a qualidade de vida na atuação em diferentes contextos em que a Psicologia se faça presente, é um compromisso da formação.

Em seguida ambas as DCN, assim como todas as Diretrizes dos quatorze¹⁹ cursos da área da saúde, dispõem as seis habilidades e competências gerais para a formação profissional e aqui apresentamos as duas DCN trabalhadas em paralelo no Quadro 1.

QUADRO 1: Habilidades e competências gerais para a formação profissional dos cursos de Enfermagem e Psicologia

HABILIDADES E COMPETÊNCIAS	ENFERMAGEM	PSICOLOGIA
Atenção à saúde	Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.	Os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética.
Tomada de decisões	O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas	O trabalho dos profissionais deve estar fundamentado na capacidade de avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

¹⁹ Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional.

Comunicação	Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.	Os profissionais devem ser acessíveis e devem manter os princípios éticos no uso das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral.
Liderança	No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.	No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade.
Administração e gerenciamento	Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.	Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e a administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou líderes nas equipes de trabalho.
Educação permanente	Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.	Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, e de ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmica e profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Fonte: Elaborado pela autora a partir das DCN dos cursos de Enfermagem e Psicologia

Em uma leitura comparativa entre as habilidades e competências apresentadas nas DCN dos cursos de Enfermagem e Psicologia, é possível observar que o conteúdo descritivo de todos os itens é praticamente igual, o que difere é que nas DCN de Psicologia os tópicos estão mais concisos. Essa sumarização não gerou perdas no conteúdo das informações, no entanto, dentre os fragmentos que não constam nas DCN de Psicologia um deles seria importante estar contido entre as habilidades e competências a serem

desenvolvidas pelo profissional: “Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos”, disposto no item I da Atenção à Saúde das DCN de Enfermagem, uma vez que essas questões são fundamentais à atenção, especificamente no que se refere ao atendimento junto ao Sistema Único de Saúde.

Para além das habilidades e competências gerais, as Resoluções também apresentam uma série de habilidades e competências específicas que deverão ser desenvolvidas ao longo das graduações. Para o curso de Enfermagem, um ponto importante a ser destacado é o conteúdo do Parágrafo Único que segue as competências e habilidades específicas: “Parágrafo Único: a formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento”.

No que se refere aos conteúdos essenciais para a graduação em Enfermagem, a Resolução evidencia que estes devem estar relacionados aos processos saúde-doença dos indivíduos, das famílias e das comunidades, devendo estar integrados à realidade epidemiológica e profissional, como disposto no artigo 6º. Assim, os conteúdos deverão ser organizados em três eixos principais: I - Ciências Biológicas e da Saúde, II - Ciências Humanas e Sociais e III - Ciências da Enfermagem. Esse terceiro se subdivide em: Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem.

Além dos conteúdos e práticas oferecidos ao longo da formação, o curso de Enfermagem também deverá ser composto por estágios supervisionados, com a efetiva participação dos enfermeiros do local onde o estágio será realizado. Os estágios deverão acontecer em instituições de saúde como hospitais, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e nas comunidades.

As Diretrizes Nacionais Curriculares dos cursos de graduação em Psicologia também apresentam as competências específicas das duas dimensões da formação em Psicologia: o núcleo comum e as partes diversificadas – ênfases, sem concebê-las como momentos isolados no processo formativo, como destacado no artigo 14º da Resolução.

O núcleo comum da formação é composto por uma base de conhecimentos que estabelece uma homogeneidade da formação em Psicologia no país, além de ser uma capacitação básica acerca dos conteúdos da área. As competências concernentes ao núcleo comum, conforme o artigo 8º:

[...] reportam-se a desempenhos e atuações requeridas do formado em Psicologia, e devem garantir ao profissional o domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais e na promoção da qualidade de vida.

Para além do núcleo comum, a formação em Psicologia também é composta por ênfases curriculares devido à diversidade teórico-metodológica, prática e contextual de inserção do profissional psicólogo. “[...] *Ênfases curriculares*, entendidas como um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em algum domínio da Psicologia”, como exposto no artigo 10º da Resolução. Nesse sentido, os cursos de Psicologia deverão oferecer duas ou mais ênfases curriculares condizentes com as demandas sociais locais, bem como com as condições e a vocação da IES.

Um importante marco diferencial da Resolução n.º 5, de 15 de março de 2011 para a que a precedeu é o estabelecimento das normas do projeto pedagógico para a formação de professores em Psicologia. Assim, o documento apresenta no artigo 13º as características e especificidades que devem ser consideradas para a organização da licenciatura em Psicologia em todos os aspectos: objetivos, eixos estruturantes, conteúdos e estágios. No que se refere à licenciatura, a IES precisará oferecê-la para todos os alunos do curso de Psicologia, que poderão optar por cursá-la ou não.

5.8 Algumas reflexões sobre as Diretrizes e a prática formativa em ação

As propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais vão ao encontro das ideias freirianas no que dizem respeito à formação que vise a autonomia do estudante e, por conseguinte, do futuro profissional; ao desenvolvimento de um pensamento crítico, reflexivo e comprometido com a realidade na qual está inserido; à responsabilização do estudante como sujeito ativo no processo de formação. Além disso, nas propostas das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação encontramos muitos aspectos que se referem à formação de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. No entanto, o que está contido no texto das diretrizes, muitas vezes não é o que se encontra nas práticas formativas no interior das instituições de ensino superior.

Posto isso, apresentamos algumas questões, para suscitar novas reflexões: a) O que torna tão difícil a passagem das proposições das DCN para a ação? b) Como

ultrapassar essa dificuldade na formação dos futuros profissionais? c) As habilidades e competências dispostas nas diretrizes são coerentes com uma formação para o contexto do Sistema Único de Saúde? d) As diretrizes referem-se à humanização do cuidado na formação dos profissionais da saúde? Não temos a intenção de trazer respostas prontas e definitivas para essas questões. Pretendemos aqui acompanhar essas controvérsias e refletir sobre as possibilidades de mudanças de rota e sobre os possíveis efeitos por elas produzidos.

Em pesquisa realizada por Castro, Cardoso e Penna (2019) com o objetivo de averiguar se as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde abordam as políticas públicas e o Sistema Único de Saúde, foi verificado que, das 14 profissões da área da saúde, 10 delas (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), e aqui destacamos o curso de Psicologia, não utilizam a palavra Sistema Único de Saúde nas DCN. A expressão políticas públicas também não é encontrada em 10 profissões (Biomedicina, Ciências Biológicas, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional).

Segundo a análise dos autores e nossas observações, as DCN para o curso de Enfermagem em seu artigo 5º evidencia que para a formação do profissional de Enfermagem é necessário o atendimento das demandas sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde, assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. As DCN do curso de Psicologia fazem referência às políticas públicas em seu artigo 13º, porém referem-se às políticas públicas da educação e não da saúde (Castro, Cardoso & Penna, 2019).

Constatamos ainda que as Diretrizes do curso de Psicologia não se referem diretamente à formação para o cuidado humanizado. Ao contrário das DCN do curso de Enfermagem, nas quais há a evidência do necessário cuidado humanizado junto ao paciente e deste estar contido na formação profissional.

Acrescentamos, porém, que embora as Diretrizes sejam pouco diretivas ao mencionarem o Sistema Único de Saúde, as políticas públicas da área da saúde e a humanização do cuidado, ainda assim é detectável que em muitos momentos as referências são feitas aos princípios e diretrizes do SUS, bem como a ideias de algumas políticas públicas, mesmo que não esteja tão explícito.

Segundo os autores Castro, Cardoso e Penna (2019), a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde ainda está aquém do que seria o ideal. Nesse sentido, formar profissionais com uma visão abrangente para o SUS ainda é um desafio para as instituições de ensino superior e, especialmente, para as escolas de saúde.

O perfil dos profissionais de saúde demonstra ainda seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de forma insuficiente competente, para as mudanças das práticas nas atividades profissionais. Sendo que as demandas nos serviços de saúde exigem uma crescente necessidade de educação permanente para os profissionais, com o objetivo de implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS (Castro, Cardoso & Penna, 2019, p. 30).

Varela et al. (2016) vão ao encontro dessas ideias e destacam que um dos principais desafios das instituições de ensino superior na formação de profissionais da saúde na atualidade é justamente atender às necessidades de formação para o Sistema Único de Saúde. Tais desafios podem ser descritos como dificuldades em desenvolver junto aos alunos habilidades para a atenção integral e humanizada, o trabalho em equipe e muitas outras habilidades e competências que conferem ao egresso aptidão para atuar com qualidade no sistema.

Tirando um pouco o foco dos documentos e voltando o nosso olhar para a ação, para o dia a dia dos processos formativos, vemos, como evidencia Casate (2010), que o ensino em saúde nas graduações do Brasil ainda enfoca modelos biologizantes, técnico-científicos e hospitalocêntricos. Como ressalta a autora, as aulas ainda são predominantemente expositivas, havendo pouco espaço de construção e reflexão por parte dos discentes e a desarticulação da teoria com a prática. Fatores esses que podem dificultar o fortalecimento do compromisso social, no que se refere especialmente ao contexto aqui tratado, a transformação dos serviços de saúde.

Para além disso, a autora enfatiza que esse embasamento em referências e práticas tradicionais no que concerne à formação, gestão e cuidado, muitas vezes não leva em consideração as dimensões sociais e subjetivas tão presentes no trabalho em saúde. Segundo Casate (2010), para construir um modelo de atenção pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde é preciso pensar no perfil do trabalhador em saúde que está sendo formado, uma vez que os profissionais são agentes de fundamental importância na transformação dos serviços de saúde e o modelo de formação predominante não enfoca as questões mais relevantes exigidas pelo atual contexto de saúde. Nesse sentido a autora destaca:

Transformar a formação para possibilitar a construção do cuidado humanizado implica em rever conteúdos, métodos de ensino, formas de relacionamento professor-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 (Casete, 2010, p. 25).

Os pensamentos de Paulo Freire sobre Educação, como muitas vezes já evidenciamos, são muito pertinentes quando consideramos a formação de profissionais na área da saúde, especialmente, no que se refere à atuação no Sistema Único de Saúde. A maneira como os estudantes se formam, vai, obviamente embasar e produzir efeitos em suas práticas profissionais futuras.

O que encontramos na literatura é que as instituições de ensino superior muitas vezes não conseguem fazer a articulação entre a vida acadêmica e os conhecimentos ali construídos com a realidade e prática cotidiana de trabalho. Por esse motivo faz-se tão importante o fortalecimento de ações, práticas e mudanças de postura frente à formação que oportunize a construção de conhecimentos para o enfrentamento dos desafios inerentes à atuação profissional e, especialmente, como aqui tratado no âmbito da saúde e no Sistema Único de Saúde, por conseguinte.

Nessa perspectiva, com base em uma educação que problematize a realidade; que forme profissionais que entendem a saúde como um fenômeno muito mais amplo do que a mera ausência de doença e que considerem a forma como as pessoas vivem, será possível formar profissionais que de fato compreendam a realidade das pessoas; a realidade do sistema de saúde vigente em nosso país. Portanto, será possível formar profissionais que lutem pelo SUS e que, conseqüentemente, promovam um atendimento muito mais comprometido com um olhar humanizado.

Nesse sentido, uma educação problematizadora pautada nos pressupostos freirianos é aquela que estabelece uma articulação entre o ensino para a realidade, que promove uma sintonia entre a teoria e a prática, permitindo, assim, a construção de conhecimentos, habilidades e competências profissionais, contextualizados e coerentes com o sistema de saúde do nosso país.

Nos trabalhos de Moretti-Pires e Bueno (2008) e Moretti-Pires (2012) há uma análise interessante das formações para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia e as atuações dos profissionais das referidas profissões no Sistema Único de Saúde. As ideias propostas pelos autores são muito válidas para pensarmos o ensino para

a atuação no SUS para as outras profissões da saúde, especificamente, a Enfermagem e a Psicologia, focos do nosso estudo.

Para os autores, valendo-se de Paulo Freire como marco teórico, a formação pautada em pressupostos de uma educação libertadora, pode gerar efeitos significativos em prol de ações mais coerentes dos profissionais com base nos princípios do SUS. As ideias dos autores coadunam com Albuquerque (2018) e Casate (2012) ao evidenciarem que a formação dos profissionais de saúde ainda é muito pautada em um modelo conteudista, tecnicista, biomédico, hospitalocêntrico, embasado na doença e na reabilitação da saúde, em detrimento da promoção da saúde e da prevenção da doença, que leve em consideração a saúde como um fenômeno multideterminado como preconizado já no artigo 3º da Lei n.º 8.080/90.

O processo de ensino-aprendizagem, que se ancora em uma educação bancária, tolhe a capacidade criativa dos estudantes e futuros profissionais para o enfrentamento dos desafios que a realidade de trabalho irá lhes impor. Torna-se importante lembrar que a criatividade segundo os pressupostos freirianos é condição necessária para ações que visem a transformação da realidade social.

Como podemos perceber, muitos aspectos precisam ser cotidianamente pensados acerca das necessárias transformações nas práticas de formação. Ações que carecem de mudanças que partam da gestão das IES, dos professores em suas metodologias de ensino, bem como dos próprios discentes no que se refere à postura e ao engajamento em sua formação. No entanto, segundo Castro, Cardoso e Penna (2019) é importante refletir também sobre a atualização das DCN, uma vez que a grande maioria das profissões de saúde, onze delas e, dentre as quais a Enfermagem está incluída, têm quase vinte anos que não têm atualizações em suas DCN (2001 a 2004). No caso da Psicologia, apesar de sua última atualização ter sido no ano de 2011, as DCN não contemplam clara e diretamente a atuação do profissional psicólogo junto ao Sistema Único de Saúde, às políticas públicas de saúde e à humanização do cuidado.

É importante evidenciar que as DCN do curso de Psicologia estão em um novo processo de atualização. Em dezembro de 2019, foi aprovado no Conselho Nacional de Educação o Projeto de Resolução para as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (Parecer CNE/CES n.º 1071/2019), processo iniciado em 2017, segundo o site²⁰ oficial

²⁰<http://www.abepsi.org.br/2020/02/11/aprovado-no-conselho-nacional-de-educacao-o-projeto-de-resolucao-sobre-as-novas-diretrizes-curriculares-nacionais-para-os-cursos-de-graduacao-em-psicologia-mais-uma-etapa-vencida-pelos-coletivos-e-en/>

da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia. Para a Enfermagem, não há nenhum documento oficial no site²¹ do Ministério da Saúde sobre a atualização das Diretrizes dispostas na Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001.

5.9 Característica da formação na Instituição de Ensino Superior pesquisada

A seguir apresentaremos as características dos cursos de Enfermagem e Psicologia da maneira como estão dispostas nos principais documentos que regem os cursos: os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC). Esses por sua vez, estão embasados em duas importantes referências o Plano de Desenvolvimento Institucional e as Diretrizes Curriculares Nacionais, como anteriormente exposto. Optamos nessa pesquisa, por utilizar os PPCs do ano de 2020, os mais atualizados no curso dessa investigação. Ressaltamos que faremos a apresentação das graduações com o olhar voltado para a formação para a humanização do cuidado e, como desde o início, buscaremos trazer as vozes dos entrevistados para irmos tecendo essa descrição.

De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem (2020, p. 17), a graduação da referida Faculdade visa formar profissionais com as seguintes características:

- a) Generalista para o exercício da enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde;
- b) Ético e humanista para o exercício profissional da enfermagem;
- c) Crítico e reflexivo, com base científica e intelectual, para o cuidado de enfermagem ao indivíduo, à família, ao grupo e à comunidade;
- d) Promotor do cuidado de enfermagem à saúde integral do ser humano em suas dimensões biopsicossociais, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania;
- e) Capaz de exercer a liderança para a tomada de decisões na administração e gerenciamento do cuidado de enfermagem, dos sistemas e organizações de saúde;
- f) Responsável pela educação em saúde ao indivíduo, à família, ao grupo e à comunidade e pela educação permanente, capaz de promover sua própria educação e formação de futuros profissionais de enfermagem e saúde.

Segundo o PPC de Psicologia, o objetivo geral da graduação é “a formação do psicólogo direcionada à atuação profissional, à pesquisa e ao ensino de Psicologia,

²¹ <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>.

capacitando o aluno para atuar sobre fenômenos psicológicos de forma preventiva e reabilitativa em diferentes contextos”. Além disso, o documento expõe uma série de outros objetivos que focam na formação de profissionais éticos, críticos, reflexivos, que se atentem às práticas de cuidado e às demandas sociais. O documento ainda evidencia em vários momentos a consonância dos objetivos do curso com os princípios ideológicos da IES.

Nesse sentido, podemos perceber tanto no texto dos documentos, quanto na fala dos entrevistados, que os princípios da Instituição, já expostos no início desse capítulo, estão presentes na formação e têm presença marcante na cultura institucional. Em algumas das respostas dadas pelos entrevistados sobre a formação para a humanização na IES, fica evidente esse aspecto dos princípios institucionais.

A formação, como ressaltado por um dos entrevistados, está embasada em um tripé: 1) A estruturação dos documentos do curso: Projeto Pedagógico do Curso, as matrizes, as disciplinas que direta ou indiretamente desenvolvem a temática da humanização; 2) O exemplo de profissionais humanos, preocupados com o cuidado, que os professores e as coordenações buscam passar para os estudantes; 3) Os princípios e valores da IES e a busca por criar ambientes acolhedores e preocupados com as pessoas.

Então vamos pensar que enquanto instituição formadora a gente tem um projeto, um PPC, a gente tem as nossas disciplinas, matrizes, a gente tem os programas, então pensando do ponto de vista de como isso é trabalhado a gente tem lá é... em duas disciplinas que eu diria que são as disciplinas centrais disso, né?, Políticas Públicas e Psicologia Hospitalar e as outras que de alguma forma envolvem essa temática. Então penso que isso é uma base e associado a isso eu diria que nós temos outros dois pontos: um deles é a questão que eu disse sobre o exemplo, sobre a gente tentar ser isso que a gente fala, então eu acho que eu, na verdade eu busco fazer isso, lógico que eu não sei se de fato eu consigo executar isso da forma ideal, mas eu tento fazer isso tanto na minha prática como coordenadora, quanto na minha prática como docente e nas reuniões é uma coisa que a gente sempre reflete, né? [...]. Como a gente pode mostrar ser, né? mostrar esse exemplo do que é cuidar. Do que é acolher, que são tarefas eminentemente, são tarefas cruciais na nossa profissão. Independente do contexto, independente de eu estar atuando dentro do hospital, ou em qualquer outro lugar. Então acho que esse é um ponto: é o nosso exemplo, é a nossa forma de ser e o terceiro é realmente pensar isso que a gente faz dentro do curso num contexto mais amplo, contexto da instituição, pelos valores da instituição, né? [...] (Coordenador 1)

A Faculdade é diferente em quê? Então obviamente nós nos preocupamos com professores Mestres e Doutores, cursos bem avaliados, mas é uma instituição pequena que se preocupa com o outro, né? Em fazer pessoas, em formar pessoas mais preocupadas com o outro. Então acho que é isso, seria esse tripé [...] (Coordenador 1).

Além disso, de acordo com o Coordenador 2, a Faculdade, por ser católica, valoriza e desenvolve muitas ações e atividades que envolvem a comunidade e permitem tanto ações humanizadoras, quanto ações sociais.

Nós estamos inseridos numa instituição que tem princípios católicos, a instituição tem uma preocupação muito grande com a questão social e no do curso de Enfermagem nós oferecemos para a população algumas atividades sociais também. Acho isso importante, a gente mencionar aqui na nossa conversa. Dou o exemplo que é mais recente que nós participamos da festa do dia do trabalhador em um clube aqui da cidade, onde eu e cerca de trinta alunos ficamos a manhã toda aferindo pressão arterial, glicemia capilar e oferecemos orientações de saúde para os presentes. Outras atividades que eu posso mencionar aqui é a educação em saúde, principalmente relacionada à sexualidade em escolas, o Outubro Rosa, o Novembro Azul... Na penitenciária aqui do município, também atendemos e somos convidados em relação à vacinação e eu noto sim que a nossa faculdade tem essa preocupação, não só na questão da humanização, mas também na questão social, e acredito sim que nós temos condições de oferecer para o aluno, sensibilizá-lo para que ele possa se tornar um profissional diferenciado (Coordenador 2).

Nesse sentido, observamos que a instituição se preocupa com uma proximidade relacional entre as pessoas que dali fazem parte e com a comunidade. Ressaltamos ainda, a partir da fala de um professor entrevistado, que a faculdade (coordenações e direção) proporciona aos docentes um ambiente favorável e, assim, conseqüentemente, têm maior possibilidade de desenvolvimento de um trabalho mais humanizado junto aos discentes. As relações estabelecidas dos professores entre si e destes com os alunos também são elementos importantes na facilitação de práticas formativas mais humanizadas.

Nós professores conhecemos a todos os alunos, a gente tem uma aproximação maior, e isso também na nossa equipe de colegas, de professores, de coordenadores né? então se isso acontece enquanto profissionais na docência, enquanto essa equipe de professores, coordenação, eu acho que isso reflete muito nos alunos também. É algo que a gente escuta nos corredores né? os alunos falarem: “nossa, aqui na Faculdade é diferente nesse sentido”. Por exemplo na minha faculdade nenhum professor, se não pouquíssimos sabiam meu nome, eram salas cheias, eram salas assim mais frias, os alunos pouco participativos, eles então passavam de uma maneira invisível para muitos professores né? então essa forma de trabalho eu consigo ver de uma maneira muito clara aqui na faculdade (Professor 4).

[...] Mas mesmo em outras disciplinas eu percebo ela (refere-se à humanização) permeada também dentro do modo de agir e de fazer do professor (Estudante 1).

Percebemos por meio das falas dos entrevistados o quanto uma relação de proximidade entre os professores e os seus alunos, em um ambiente que promova a qualidade de vida e o bem-estar dos envolvidos, são elementos fundamentais para um

processo de aprendizagem mais significativo. E, de acordo com o fragmento abaixo, vemos que os professores e a IES buscam oferecer uma formação para a humanização do cuidado em todas as áreas da profissão. Ademais, a IES promove outras formas de formação para além de sala de aula (cursos, eventos, seminários) que contemplam tais discussões.

A faculdade, os professores, eles nos ensinam isso, eles ensinam sempre a realizar um trabalho humanizado, em qualquer campo, em qualquer área que a gente for atuar eu acho que essa base a gente tem sim. É o que eu disse, basta a gente querer aplicar ela porque tem os exemplos e tem sim o norte que os professores ensinam e que dão pra gente. E temos outros meios também, igual os cursos, seminários, pós, entre outras ações que a faculdade proporciona (Estudante 3).

Por reiteradas vezes os entrevistados evidenciaram que a humanização no processo formativo aparece de maneira transversal, sendo desenvolvida em várias atividades no decorrer do curso, desde disciplinas, estágios, projetos de extensão, projetos integradores etc. Além disso, a postura empática e as discussões sobre o atendimento qualificado e acolhedor são evidenciadas como práticas de humanização que permeiam a formação.

Eu considero que é possível a gente abordar (a humanização do cuidado) ainda que não seja a proposta imediata da disciplina, é possível que você trabalhe, né? Até porque os questionamentos dos alunos não respeitam as ementas da disciplina, a aula ela é viva [...] (Professor 1).

Acho que o estágio é um exemplo primeiro disso, porque há uma preocupação no acolhimento, no respeito com aquele sujeito que está confiando a sua história ao estagiário. Tudo isso é trabalhado, não se trata apenas de uma replicação de uma técnica, né? [...]. Alguns outros eventos que eu percebo que são desenvolvidos, eu vou dizer dos que eu tenho conhecimento, mas por exemplo: a questão de todo setembro a gente ter um palestrante dizendo do Setembro Amarelo, que é uma campanha de prevenção ao suicídio, né? Isso trata-se da Humanização do Cuidado, né? [...] (Professor 1).

Acho que nos Seminários de Saúde os temas são variados a cada ano, mas sempre trazem uma perspectiva da humanização e isso é reflexivo. As reflexões são voltadas pra pensar a relação de cuidado, tanto do enfermeiro, quanto da psicologia, em relação aquele sujeito que é ali atendido. Vejo isso nos seminários, na prática de estágio, eu sempre faço questão de retomar as reflexões das vivências... é a oportunidade pra retomar alguma reflexão que foi importante durante as disciplinas [...] (Professor 6).

Sim, eu consigo assim; até me lembrar de várias Semanas da Saúde que teve temáticas que envolvia profissionais trazia essa temática, tivemos Semanas da Saúde que tinha seminários em salas que era mais específico. Eu lembro de profissionais também falando dessa temática do cuidado da humanização e até alguns eventos também da questão da Luta Antimanicomial que parte da instituição que tá relacionada com essa questão também (Estudante 1).

O nosso curso é recheado de eventos, todo dia tem uma coisa diferente e por mais que seja só ir numa empresa, dar uma palestra como, por exemplo, do câncer de próstata, de certa forma você tá evitando, você tá educando e quando se educa, você evita. Então, você evita dele ir pro sistema de saúde, porque você plantou uma sementinha na cabeça dele de que ele precisa se cuidar, isso também é humanizar né? tentar levar pra ele que ele conheça mais sobre si, pratique o autocuidado e evite né? estar na atenção secundária, na terciária com um problema maior (Estudante 10).

Como é possível perceber, a humanização permeia toda a formação, desde os primeiros períodos dos cursos. Os compartilhamentos das experiências dos professores são aspectos importantes para a reflexão acerca desse assunto. Em especial, a partir do sexto período do curso de Enfermagem, com os estágios, a humanização passa a ser mais discutida e vivenciada, segundo o relato de um dos alunos entrevistados. Outro ponto evidenciado refere-se às participações externas junto à comunidade e instituições que possibilitam experiências práticas na profissão.

Olha, eu creio que em grande parte cada um tem um pouco a experiência né? cita algo que foi visto então eu creio que num todo [...] não digo muito no primeiro período não sabe? Mas no segundo período em diante sempre é visto, sempre é dito um fato pra fazer com que a gente pense a respeito (Estudante 5).

É um tema muito discutido sabe? [...] Eu creio que desde o sexto período que foi onde a gente começou a fazer estágio, que a gente vem falando muito e vivenciando isso também, pra gente também aprender sabe? [...] (Estudante 5).

Assim, a gente da enfermagem tem muito evento a gente participa, né? Em escolas, essas coisas que a gente vai levar o cuidado mesmo para as pessoas. A gente já foi no asilo, que foi muito importante, a gente leva mesmo, a gente vê um lado que, às vezes a gente que não, que se não conhecer não vai imaginar o quanto que é importante esse cuidado, ou essa aproximação com outras pessoas. É válido para eles, você chega, você escuta muita história que você pensa assim: “noh”. Às vezes a gente conversando com a pessoa, a gente já se sente melhor, já se sente acolhido e isso é muito bom (Estudante 6).

O que a gente aprende aqui é para vivenciar na prática, depois de profissionais formados. É essencial que isso seja absorvido. Acho que aqui é um treinamento para a gente exercer isso na prática, na nossa profissão. Eles enfatizam muito esse olhar para o paciente aqui na faculdade, eles cobram isso. Eu acho que aqui é um treinamento, mas a faculdade treina a gente para ser um profissional completo. Um profissional completo é aquele que considera o paciente, é aquele que dá visibilidade para o paciente (Estudante 12).

Ficou evidente que o Seminário da Escola de Saúde é um importante espaço de discussão sobre a humanização do cuidado. Além disso, o estágio do curso de Psicologia, que em sua configuração envolvem múltiplos campos, dá ao aluno a possibilidade de

conhecer diferentes práticas e entender a atuação de cuidado e humanização do psicólogo para além dos contextos hospitalares. Ademais, fica claro que a questão da humanização é desenvolvida por vezes de maneira não explícita, mas que está sempre presente na formação dos discentes.

Eu acho importante pensar na forma como a gente estrutura as nossas atividades. Então, por exemplo: um ponto que eu acho bacana e que traz essa temática é a questão da nossa estruturação de estágios. Então quando a gente pega, por exemplo, estágios básicos, tem meninos nos diferentes serviços de saúde, tem meninos no hospital, isso é discutido no grupo, a gente também tá trazendo, tá trabalhando essa temática. Então eu acho que a gente não tinha falado até então disso. Até mesmo nos estágios específicos, a característica das nossas orientações é de realmente mesclar, num grupo ter alunos de diversos campos, eu acho que ainda que a gente não seja específico, então tenho vários alunos que não estão na saúde, mas que estão participando dessa reflexão, dessa discussão. Então é... eu acho que também a gente consegue alinhar um pouquinho do que acontece lá fora e da importância da gente enquanto indivíduos em processo de formação, repensar o que a gente faz e como a gente poderá fazer lá. Eu acho que isso conta e aí é um ponto importante porque realmente, a gente tenta ter estágios em diversas áreas [...] Às vezes a gente fala muito da humanização do cuidado e a gente pensa, parece que a gente foca para saúde, a saúde que eu falo de às vezes voltado para um hospital, para uma UBS, o cuidado médico e a Psicologia, ela cuida da saúde, então qualquer contexto a gente precisa cuidar e eu acho que as nossas discussões elas tendem a tangenciar no sentido da temáticas que a gente propõe, então por exemplo: No Seminário agora a gente vai falar de desastres ambientais; a gente vai falar de violência na escola; a gente vai falar de feminicídio. Se a gente pega feminicídio e aí a gente pega essa discussão do senso comum: “que as mulheres elas não deveriam fazer... porque as mulheres elas muitas vezes são responsáveis” e a gente traz isso para olhar da Psicologia no sentido do cuidado mesmo, como essa mulher que é vítima a gente tá falando de humanização também. Então ainda que muitas vezes explicitamente a temática humanização não esteja lá, de uma forma direta é... as discussões tangenciam, são parte. Acho que é isso (Coordenador 1).

Sobre as atividades e projetos mencionados nos fragmentos acima, o Projeto Pedagógico do Curso de Psicologia também os evidencia revelando que as atividades de extensão são ferramentas importantes para o desenvolvimento do compromisso social dos estudantes.

No Curso, as atividades de extensão são realizadas ao longo dos cinco anos de formação em atividades informativas sobre temáticas da Psicologia (Dia Nacional da Luta Antimanicomial, Prevenção ao Suicídio, Semana da Saúde), trabalho voluntário (especialmente na [...], Instituição de Longa Permanência para Idosos, apoiada pela Faculdade), intervenções realizadas no Serviço de Psicologia Aplicada da Faculdade, dentre outras. Destaca-se o projeto [...], proposto pelo curso de Psicologia, que atende semestralmente cerca de 30 idosos com ações que visam o envelhecimento saudável²² (p. 15).

²² Informações que evidenciavam o nome da IES foram omitidas da citação.

Sobre as disciplinas que desenvolvem a temática da humanização de forma mais específica, aquelas que mais apareceram nas falas dos entrevistados no curso de Enfermagem, foram: Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Tecnologia de Ensino Aplicada à Enfermagem, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Psicologia Aplicada à Enfermagem, Bioética, Segurança do Paciente. Nos estágios supervisionados da Enfermagem a vivência prática da humanização é experienciada de forma evidente, desde o quinto período do curso.

Como eu te disse ela (discussão acerca da humanização) tá disposta de maneira transversal em todas as disciplinas e de maneira específica na disciplina Políticas Públicas e Saúde Coletiva I, mas ao longo do texto (refere-se ao PPC) você vai perceber que nós enquanto instituição formadora, temos essa preocupação de mostrar para os alunos a importância da humanização que irá refletir no cuidado em saúde (Coordenador 2).

[...] Quinto, sexto e sétimo que eles fazem uma carga horária específica no campo de estágio onde eles estão em contato direto com o usuário, eles podem colocar em prática essa humanização, esse acolhimento [...] (Coordenador 2).

[...] Então acredito que o aluno possa desenvolver essa humanização a partir do momento que ele já está inserido no campo de estágio (Coordenador 2).

As disciplinas mencionadas pela coordenação do curso de Psicologia, pelos professores e pelos estudantes, foram: Ética, Teorias e Sistemas Humanistas Fenomenológicos Existenciais, Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Psicologia da Saúde e Humanização do Cuidado, Psicologia Hospitalar, Psicopatologia, Psicologia Social, Psicologia Comunitária, Psicologia do Desenvolvimento (Infância, Adolescência, Adulthood e Velhice), Processos Psicossociais Infanto-juvenis, Psicologia Positiva, Terapia Cognitivo Comportamental, Psicologia Escolar, Psicologia e Meio Ambiente, Clínica Psicanalítica.

Destacamos que é possível encontrar ao longo dos textos dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem e Psicologia uma preocupação com a formação para a humanização do cuidado. Em ambos os cursos, as palavras humanizadora, humanista, humanizado, humanização, Humaniza SUS aparecem reiteradas vezes seja nas descrições dos cursos, nas ementas das disciplinas e/ou nas referências bibliográficas.

5.10 Transversalidade da humanização na formação em saúde

Tanto no curso de Psicologia, quanto de Enfermagem, foi evidenciado que a questão da humanização é trabalhada de maneira transversal no decorrer das graduações. Em disciplinas específicas o assunto é abordado de forma mais pormenorizada, mas em outras disciplinas, nas práticas de estágios, atividades e em projetos desenvolvidos pelos cursos e pela IES a temática está sempre presente.

A depender da faculdade ela dá todos os meios, todos os caminhos para que a gente seja profissionais humanizados. Eu acredito que um profissional de enfermagem hoje tem que ser humanizado, porque se ele não for ele não vai ser um bom profissional. A enfermagem depende disso porque ela é um cuidado, ela é a arte de cuidar. O paciente precisa ser protagonista do cuidado, a gente precisa enxergar o paciente como um todo na sua integralidade. A faculdade proporcionou isso para gente desde o início. Ela sempre lembra a gente desse cuidado. Sempre nos eventos sociais que a gente está presente, a faculdade juntamente com o município, nas escolas públicas quando a gente vai dar palestras sobre DST, por exemplo. A gente está proporcionando esse cuidado humanizado, a gente está levando informação e eu acho que isso é muito importante (Estudante 12).

Podemos dizer que ela (refere-se às discussões sobre a humanização) seguiu assim bem um dos princípios da humanização que é a transversalidade. Ela passou um pouquinho em cada disciplina, ela não veio especificadamente, né? Os professores da nossa graduação assim, nunca sentaram com a gente assim, “alunos vamos debater a humanização”. Ela foi tratada de maneira diferente por cada professor (Estudante 2).

Desde o primeiro período, desde quando a gente se matricula nesse curso os discursos dos professores são voltados para esta humanização. Eles sempre lembram a gente que um bom profissional precisa ter um olhar humanizado para o paciente, conversar com ele dentro dos olhos, passar todas as informações que ele precisa sobre o seu cuidado, sobre a sua saúde. Ele precisa ter autonomia no seu processo, conhecer o profissional, criar vínculo entre profissional e o paciente... Isso é passado para gente desde o princípio, desde o primeiro período. Inclusive depois a gente começa a perceber que o SUS depende dessa política. É uma política que perpassa todas as políticas do SUS. A gente já começa a ter as matérias mais específicas, mais voltadas para a área de humanização porém, ela é vista desde o princípio do curso (Estudante 12).

Eu falo pela Enfermagem, pois eu ainda não atuei na Psicologia como docente, mas na Enfermagem o tempo todo a humanização está presente. As disciplinas de Políticas Públicas tratam a questão da Política Nacional de Humanização vamos dizer, formalmente, essa matéria abrange o tema. Acredito que em todas as matérias todos os professores apontam, mostram de alguma forma a questão da humanização. Os estágios... Na minha matéria, por exemplo, e principalmente porque eu trabalho em um hospital que tem muitos pacientes terminais, acho que até por causa desses pacientes a gente precisa até atuar mais, ser até mais e mais do que deveria ser por causa que não se tem muito o que fazer, então você só tem que tentar aliviar, confortar... Então, acredito que em todas as matérias todos os professores pontuam assim, no estágio... É... acabam tentando de alguma forma colocar isso sim (Professor 8).

[...] Eu vejo isso muito nas nossas aulas, no que é repassado pra gente, de como atuar, como fazer as intervenções, como atender né? as pessoas e também nos estágios a gente pratica isso bastante. As orientações elas são voltadas pra isso também, porque a humanização ela tem que tá em todo lugar, independente se é num hospital, se é numa clínica, numa escola, na empresa. Esse trabalho é voltado para o ser humano mesmo. Eu entendo que seja isso ele tem que tá presente em todos os lugares, e eu vejo isso sendo trabalhado nas disciplinas, na faculdade sim (Estudante 3).

Nesse sentido, de acordo com as falas dos entrevistados, os alunos têm a possibilidade de se formar para a humanização do cuidado. Os fragmentos acima demonstram que desde os primeiros períodos questões acerca da humanização são desenvolvidas com estudantes, mesmo que não sejam de maneira direta, mas indiretamente sempre há a presença dessa temática.

Outro aspecto dessa formação transversal no que diz respeito à humanização refere-se às vivências estágios, muito evidenciadas pelos entrevistados. Nesse sentido, percebemos nas falas de nossos entrevistados que a IES possibilita uma abertura para novos horizontes para os seus alunos, fazendo com que os mesmos possam refletir acerca da realidade social e atuarem nos serviços de saúde de forma coerente com as premissas do Sistema Único de Saúde.

6 HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO: UMA DESCRIÇÃO DESSA REDE

Este capítulo busca seguir descrevendo a rede da humanização no processo formativo dos profissionais da saúde. No entanto, o intuito da presente discussão é melhor compreender a humanização do cuidado e os efeitos retrospectivos e prospectivos frente à promulgação da Política Nacional de Humanização, evento de grande relevância na constituição desse emaranhado de fenômenos. Para tanto, apresentaremos um acompanhamento sobre a evolução histórica e conceitual pela qual a humanização passou.

Após o percurso proposto, um traçado do desenvolvimento das ações voltadas para a humanização até se consolidarem da maneira como se apresentam atualmente, especialmente, com a efetivação da Política Nacional de Humanização, será apresentado. Vale ressaltar que esse apanhado também fará referência às diferentes conceituações e formas de conceber tal fenômeno e, por fim, será evidenciado como a humanização do cuidado pode ser concebida à luz da Teoria Ator-Rede.

Antes, porém, acreditamos ser importante falarmos sobre a maneira como concebemos o cuidado. Para tanto embasamo-nos nas ideias de Annemarie Mol (2008) em suas discussões sobre a lógica do cuidado. Após essa breve apresentação, iremos seguir tecendo articulações com o que propõe a autora.

6.1 A lógica do cuidado

Annemarie Mol é uma médica holandesa que em suas pesquisas propõe uma discussão sobre diferentes modos de pensar e agir, os quais ela denomina de *lógicas*, que acontecem no campo da saúde. Com um acompanhamento muito próximo de pacientes com diabetes, Mol (2008) nos apresenta em seus muitos estudos, especialmente em *The Logic of Care*, esse encontro entre os pacientes, as suas histórias, a sua rede de apoio, os profissionais de saúde, os equipamentos tecnológicos, a insulina e inúmeros outros elementos que compõem a rede sociotécnica do cuidado à saúde.

Duas principais lógicas são apresentadas pela a autora: a lógica da escolha e a lógica do cuidado, sendo que a proposta de Mol (2008) é o fortalecimento da segunda e, em nosso estudo, corroborando das ideias defendidas por Annemarie Mol e também buscamos fortalecer a lógica do cuidado.

A lógica da escolha, para que o leitor se familiarize com a nomenclatura, prevê que o indivíduo escolha, decida pelo melhor caminho para a sua saúde. Mol (2008) dá um

exemplo bastante emblemático da publicidade de um monitor de glicose: a propaganda possui três pessoas jovens em uma montanha, felizes, satisfeitos e saudáveis e logo acima dos três personagens está exposto o aparelho como que indicando ao potencial cliente que caso ele opte por aquele produto, terá uma vida “livre”, mesmo sendo diabético. Essa lógica defende um ideal de escolha do paciente, aqui denominado como cliente. No entanto, Mol (2008) traz alguns questionamentos sobre essa lógica no sentido de que nem sempre o paciente tem condições de escolher. No caso da publicidade, vários aspectos são omitidos pela propaganda: as condições físicas dos pacientes, as habilidades das pessoas para lidarem com o equipamento (pessoas idosas, por exemplo, têm dificuldade de manusearem monitores muito modernos) e muitos elementos que não trazem clareza, informações e orientações suficientes para que o cliente escolha o que de fato ele precisa.

Mol coloca ainda que, muitas vezes, o paciente não tem condições físicas ou emocionais para escolher sobre o que fazer naquele momento, uma vez que para decidir por algo é preciso ponderar e analisar as vantagens e desvantagens daquilo que está sendo escolhido, o que se torna muito difícil se adicionada a febre, o medo, o coma na condição do paciente, por exemplo. Tanto que não são raras as vezes que os pacientes/clientes perguntam aos médicos e demais profissionais da saúde: “Doutor, o que eu faço?”, “Doutor, se fosse com você, o que você faria?”. Apesar disso, ele tem a liberdade de escolha.

A lógica da escolha defende o argumento de que escolher liberta o paciente de uma posição passiva, mas esse é um dos pontos fundamentais na lógica do cuidado: os pacientes não são passivos, pelo contrário, eles estão ativos. Eles não são apenas sujeitos de escolhas, são sujeitos de todas as atividades. Assim, a lógica do cuidado concentra-se no que é feito para, com e pelo paciente.

A lógica da escolha propõe que você escolhe ou não escolhe, como no caso da propaganda que diz: “você pode escolher ter uma vida livre, leve, feliz e saudável usando esse monitor de glicose”. A lógica do cuidado realiza-se como um processo em que não há limites claros; é um processo interativo e aberto que pode ser modelado e remodelado, a depender dos seus resultados. O cuidado, nessa lógica, não deve ser considerado como um produto que passa de mãos em mãos, mas trata-se de várias mãos trabalhando juntas. O cuidado, portanto, como explicita Mol (2008), não funciona como trocas, mas como interação em um processo contínuo. Interação essa que envolve muitos agentes: profissionais da saúde, máquinas, pacientes, medicamentos, etc., cujas tarefas são compartilhadas entre os membros da equipe.

A lógica do cuidado, no entanto, como ressalta Mol (2008), não é melhor e nem pior que a lógica da escolha em todas as situações e em todos os contextos, mas, como afirma a autora, a lógica do cuidado é definitivamente uma lógica mais voltada para viver com um corpo doente e imprevisível. E, ao invés de abordar apenas a parte não saudável do sujeito, ela considera seriamente como esse sujeito é, sua doença, sua saúde e tudo mais o que o compõe.

Feita essa explanação inicial sobre a forma como concebemos o cuidado, seguiremos com as propostas anteriormente feitas para o presente capítulo para que ao final possamos melhor compreender o panorama geral para o cuidado humanizado.

6.2 Adentrando na rede da humanização do cuidado

De acordo com Rios (2008), o conceito de humanização apresenta algumas vertentes principais, a saber:

A humanização como movimento contra a violência institucional na área da saúde, como princípio de conduta de base humanista e ética, como política pública para a atenção e gestão no SUS, como metodologia auxiliar para a gestão participativa, como tecnologia do cuidado na assistência à saúde" (Rios, 2008, p. 253).

Para a autora a humanização é uma temática presente no cotidiano dos serviços públicos de saúde, nos textos oficiais, bem como em publicações na área da saúde. Essa temática desponta na sociedade pós-moderna pautada exatamente por uma revisão de valores e atitudes.

A segunda metade do século XX, como apresenta Rios (2008) foi marcada pela instituição de diversos movimentos que começaram a se estabelecer. Discussões acerca dos Direitos Humanos, bioética e cidadania faziam com que a sociedade repensasse a realidade até então estabelecida. Especificamente na área da saúde as iniciativas em prol da humanização, como destaca a autora vieram das influências dos movimentos ocorridos na Saúde Mental, bem como das ações na área da Saúde da Mulher, especialmente por meio das lutas feministas pela humanização do parto e do nascimento.

Iniciativas isoladas denominadas como "ações humanizadoras" começaram a ser praticadas nas instituições de saúde e adquiriram as mais diferentes formas de efetivação e compreensão do que seria humanização do cuidado. As práticas humanizadoras iam desde atividades lúdicas com crianças, modificações na ambiência, até melhorias na

qualidade dos serviços. No entanto, tais ações não provocavam uma mudança efetiva no cuidado à saúde (organização do trabalho, modos de gestão e uma melhoria substancial na vida das pessoas) (Rios, 2008).

Conforme apresenta Fortes (2004), até os anos 1980 os sistemas de saúde foram marcados por princípios como a eficácia, a otimização e a eficiência. Os anos 1990, no entanto, abriram novas perspectivas para a saúde e ideias de qualidade, equidade, autonomia e satisfação do usuário foram incorporados às práticas de cuidado. Foi nesse cenário que se delineou a humanização da atenção à saúde.

Como destaca Fortes (2004) a humanização na atenção à saúde está diretamente relacionada ao entendimento da singularidade do indivíduo, levando em consideração suas vivências, seus valores, prezando por sua autonomia, enfim, preservando a dignidade do ser humano. O autor ainda acrescenta:

Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (p. 31).

Segundo Fortes (2004), foi na Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, que a humanização se fundamentou. Quando em seu art. 1º a Declaração afirma: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.

Em 1970 iniciaram-se as primeiras discussões sobre as práticas humanizadoras no âmbito da saúde, discussões essas voltadas para a luta dos direitos dos pacientes. Em 1972 foi emitida pelo Hospital Mont Sinai, em Boston - Estados Unidos, a primeira Declaração dos Direitos dos Pacientes. No ano seguinte, a Associação Americana de Hospitais lançou a Carta dos Direitos dos Pacientes que foi, posteriormente, revisada no ano de 1992 (Fortes, 2004).

Outro marco fundamental para a consolidação da humanização dos cuidados, ainda na década de 1970, foi a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma Ata, capital do Kazaquistão Soviético, no ano de 1978, organizada pela Organização Mundial da Saúde e pela UNICEF. Tal Conferência propôs uma mudança na maneira de se conceber a saúde, compreendendo-a não mais como a ausência de doenças, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental

e social. Além disso, a Declaração afirma em seus primeiros parágrafos que a saúde: "é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde".

Segundo Deslandes (2006), à humanização dos cuidados foi atribuído um caráter de modismo, "recenticidade" ou "conceito de ocasião"²³ (p. 33). No entanto, contrária a essa ideia, Deslandes (2006) evidencia que a humanização é um tema há muito tempo presente nas discussões acerca das práticas do cuidado à saúde. Em sua apresentação, a autora propõe uma retomada do conceito se referenciando em textos da década de 70, embasando-se na sociologia médica.

Deslandes (2006) argumenta que à sociologia médica norte-americana pode ser atrelado o início das discussões sobre as práticas de humanização e desumanização, discussões essas principiadas na década de 1970, sendo, portanto, uma importante referência histórica. No entanto, já na década de 1950 é possível encontrar estudos realizados sobre as práticas, lógicas e interações consideradas desumanas.

Um dos marcos do debate sobre as práticas de humanização foi o simpósio americano ocorrido em 1972 em São Francisco e intitulado, *Humanizing Health Care* (Humanizando o Cuidado em Saúde). Desse encontro derivou a publicação com o mesmo nome. Na ocasião, tanto o evento quanto a publicação buscaram tratar sobre o que seria a humanização ou desumanização, bem como lançou reflexões sobre as possíveis formas de se implementar práticas de um cuidado humanizado (Deslandes, 2006).

Dentre as discussões iniciais acerca da humanização na segunda metade do século XX é possível encontrar as ideias de Geiger (1975) presentes na obra *Humanizing Health Care*, como citado por Deslandes (2006), que propõem um modelo explicativo para a desumanização articulando três principais fatores: o primeiro deles refere-se a uma ordem social segregacionista, pautada na desigualdade, racismo e exploração, o que influencia o sistema médico. Em seguida os aspectos relacionados à racionalidade científica e tecnológica que dificultam uma visão holística do ser humano e, por último, há um enfoque sobre a profissão médica, a relação médico paciente e as barreiras comunicacionais existentes nessa relação. Assim, a proposta de Geiger abrange desde as

²³ Cabe endossar que tal afirmação proposta por Deslandes estava no auge da criação da Política Nacional de Humanização e que tal temática para aquela ocasião estava imbuída por um aspecto de novidade. No entanto, como destaca a autora, a humanização tem origens muito anteriores à promulgação do Humaniza SUS.

questões de ordem social, até os aspectos das relações pessoais entre os médicos e seus pacientes (Deslandes, 2006).

Outras importantes discussões foram propostas pela socióloga Jan Howard, no campo da sociologia médica. Howard foi uma das pioneiras na tentativa de estabelecer uma demarcação para o conceito e análise da humanização. Em seus estudos no final da década de 1960 e início dos anos 1970, a autora apresentou um amplo quadro descritivo no qual evidencia algumas práticas consideradas desumanizadoras e que, como ressalta Deslandes (2006), apesar das décadas transcorridas até os dias atuais, dos avanços nas pesquisas e ações que permeiam as práticas de cuidado, alguns elementos das observações tecidas por Howard ainda parecem pertinentes para o debate.

Um dos primeiros pontos apresentado como desumanizador, de acordo com as análises feitas por Howard, é: “considerar o ser humano como coisa”. Nessas circunstâncias, os pacientes são desconsiderados em suas subjetividades e submetidos a ações padronizadas que atendam exclusivamente às intervenções clínicas. Há, nesses casos, a destituição do poder dos pacientes (Deslandes, 2006).

Outro elemento promotor da desumanização seria a “desumanização pela tecnologia”. Nesse caso, os procedimentos e recursos tecnológicos são priorizados, ficando preteridas as relações pessoais entre cuidadores e pacientes. Howard apresenta ainda a “desumanização pela experimentação” evidenciando que muitas vezes as pesquisas médicas podem ser promotoras de ações antiéticas nos processos de experimentação com seres humanos (Deslandes, 2006).

Considerar “as pessoas como problemas” enfatizando a doença em detrimento de uma visão holística do paciente, bem como concebê-las “como pessoas de menor valor” seja pela classe social, gênero, raça, etnia, também são fatores de desumanização (Deslandes, 2006). Outros tipos de desumanização podem ser caracterizados como “pessoas isoladas” referindo-se às práticas de não reciprocidade entre as pessoas enfermas e seus cuidadores; “pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados” que se refere aos cuidados de pouca qualidade por negligência ou indiferença; “pessoas sem escolha” que desconsidera a autonomia, as possibilidades de escolha e liberdade dos pacientes e dos próprios profissionais de saúde.

Outros dois aspectos relativos à desumanização são descritos por Howard como “pessoas interagindo com *icebergs*” referindo-se à frieza e distanciamento das relações entre profissionais e pacientes; “pessoas em ambientes estáticos e estéreis”, evidenciando nesse caso a necessidade de se pensar o ambiente institucional como um local de resgate

da realidade externa do paciente seja em termos arquitetônicos ou relacionais (Deslandes, 2006).

Na tentativa de conceituar a humanização, Howard como citado por Deslandes (2006), indica que uma vez que o ser humano possui necessidades físicas e psicológicas, o cuidado, o qual se dedica a atender a essas necessidades, pode ser considerado um cuidado humanizado. Assim, nas discussões propostas por Jan Howard sobre as condições necessárias à humanização, pode-se encontrar já naquela época elementos muitos próximos aos presentes nas discussões contemporâneas, especificamente na literatura brasileira. Ideias de um diagnóstico e tratamento holístico que considere aspectos singulares de cada paciente; a integralidade do cuidado; a relação de proximidade entre o profissional de saúde e o paciente, garantindo “a liberdade de ação, o *status* de igualdade e o compartilhamento na tomada de decisões” (Deslandes, 2006, p. 43); a empatia e o afeto.

Na Europa, ainda na década de 1970 também foram produzidos diversos documentos concernentes aos direitos dos usuários. Em 1979 a Comunidade Econômica Europeia lança a Carta do Doente Usuário de Hospital, cuja proposta era afirmar o direito do paciente à autodeterminação, a autonomia na aceitação ou recusa dos cuidados oferecidos pelos profissionais, bem como o direito a todas as informações referentes ao seu estado de saúde (Fortes, 2004).

Em 1984, o Parlamento Europeu lançou a Carta Europeia dos Direitos do Paciente. Esse documento, por sua vez, apresenta explícitos o direito à informação sobre todo o processo do tratamento, direito de acesso ao seu prontuário, direito de consentimento quanto aos procedimentos, dentre outros aspectos (Fortes, 2004).

No Brasil, um importante marco no trato relativo à humanização diz respeito à promulgação da Lei n.º 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Brasil, 1990). A partir da promulgação da Lei do SUS muitas ações começaram a ser gestadas em prol da humanização. "O final da década de 90 foi marcado pela ampliação de proposições políticas governamentais referentes à humanização na atenção à saúde" (Fortes, 2004, p. 32).

Nos anos 1990 algumas reconfigurações no âmbito da saúde que garantiam o direito e a autonomia do paciente frente aos cuidados a ele destinado, tais como a privacidade, a confidencialidade e o consentimento ante os procedimentos, bem como uma nova postura dos profissionais de saúde pautada no respeito ao usuário, sustentaram

ações reivindicatórias que, por sua vez, orientaram propostas, programas e políticas de saúde (Benevides & Passos, 2009).

No ano 2000 com a realização da XI Conferência Nacional de Saúde, intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, houve uma interferência nas agendas das políticas públicas de saúde (Benevides e Passos, 2009). E, em 2001 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse Programa foi criado com o intuito de difundir nas instituições hospitalares uma nova cultura de atendimento humanizado, uma vez que a qualidade dos atendimentos foi verificada com um dos problemas mais sérios do sistema de saúde brasileiro. Assim, como expressa a apresentação do texto do Programa:

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (Ministério da Saúde, 2001a, p. 07).

Segundo Fortes (2004), uma diferença substancial entre as propostas do PNHAH e as práticas anteriormente desenvolvidas que visavam prioritariamente a luta pelos direitos dos usuários, é que o Programa lança discussões acerca da valorização, capacitação e desenvolvimento dos profissionais da saúde. Assim, a humanização passa a ter uma abrangência maior àqueles responsáveis pela tarefa de cuidar.

O PNHAH propôs a valorização da formação educacional dos profissionais de saúde a fim de possibilitar a incorporação de valores e atitudes de respeito à vida humana, consoante à compreensão de que a qualidade em saúde deve ser composta de competência técnica e de interação, não se resumindo somente a aspectos técnicos ou organizacionais (Fortes, 2004, p. 33).

Além disso, o Programa também preconizava a importância dos gestores frente às ações em prol da humanização, sendo este o responsável por possibilitar melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde, bem como fortalecer a garantia do atendimento aos direitos dos usuários.

Segundo Benevides e Passos (2005a; 2009), o final dos anos 1990 e o início dos anos 2000 foi marcado por outras ações, para além do PNHAH, que também buscavam

tratar direta ou indiretamente acerca da humanização: Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros.

Benevides e Passos (2009, p. 245) referindo-se às iniciativas gestadas na década de 1990 e início dos anos 2000 afirmam:

Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, por vezes, secundarizada por gestores e profissionais de saúde. Por um lado, os usuários reivindicam o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais lutam por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos.

A fim de fortalecer a Atenção Básica à Saúde (ABS) os Ministérios da Saúde e da Educação iniciaram um processo de proposição de ações estruturantes interministeriais de reorientação da formação dos profissionais. Para tanto, nos anos de 2003 e 2004 foram instituídas a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH) (Ferraz et al., 2012).

Em 2003, o Ministério da Saúde sofreu uma mudança estrutural, com a qual foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que é responsável pela elaboração das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação do trabalho em saúde no Brasil. A SGTES está organizada em dois departamentos: o Departamento da Gestão da Educação na Saúde (DEGES) – responsável, entre outras políticas, pela PNEPS; e o Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), que, articulado à Secretaria de Atenção à Saúde, é responsável pela divulgação da PNH. Desse modo, tais departamentos oferecem apoio técnico e financeiro para ações que potencializam a integração entre educação e trabalho (Ferraz et al., 2012, p. 484).

Nesse sentido, na perspectiva de transformar e qualificar a atenção à saúde no âmbito dos processos formativos e das práticas de educação em saúde foi proposta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde, na busca de articulação entre ensino e serviços de saúde. Na PNEPS, a “educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que

promove e produz sentido e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais em ação na rede de serviço” (Brasil, 2004, p. 09).

Em 2003 o PNHAH foi substituído pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS (Humaniza SUS), uma perspectiva transversal que visava ampliar as discussões relativas à humanização do cuidado para todos os serviços de saúde do país, não se restringindo apenas ao contexto hospitalar. No entanto, a distinção do Humaniza SUS, com as propostas anteriormente criadas vão ainda mais adiante. O Humaniza SUS propõe uma nova forma de conceber a humanização considerando para além dos direitos dos usuários e trabalhadores, a melhoria dos aspectos organizacionais dos sistemas e serviços de saúde. Dessa forma, o Humaniza SUS resgata e busca colocar em prática os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, tais como a assistência integral, a universalidade e a hierarquização, propondo mudanças substanciais nas formas de gerir e cuidar.

A Política Nacional de Humanização foi criada com o desafio de construção de uma política pública como um bem comum. Segundo Passos (2009), um sistema de saúde para ser único precisa se implantar como um plano comum. Nesse contexto, a PNH precisa ser entendida a partir desse plano, pautando-se nos princípios do SUS. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização, de acordo com Ferraz et al. (2012, p. 487):

Se estruturam como um arcabouço teórico-metodológico para o desenvolvimento de diferentes ‘ações estruturantes de reorganização da formação e gestão da saúde’, mobilizando e fortalecendo as iniciativas formais de ensino na saúde e os processos de gestão seguindo as prerrogativas do SUS.

Nos dias atuais muitos trabalhos, sondagens conceituais e investigações tornam a humanização um amplo campo de pesquisa e produção acadêmica e científica, tanto no âmbito da teoria, quanto da prática na área da saúde (Rios, 2008), como o estudo que aqui se apresenta. Para o início do delineamento do que a presente investigação propõe como humanização, utilizamos a definição de Rios (2008, p. 255):

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção

e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

Após a explanação dessa breve trajetória que compõe a história e a evolução da humanização do cuidado é possível perceber e evidenciar as inúmeras traduções pelas quais o fenômeno da humanização passou até se configurar da forma como se apresenta hoje em dia.

Como evidenciamos no capítulo anterior a tradução implica em deslocamentos, em desvios de rotas, em mediações, em transformações que vão acontecendo ao longo dos processos de agenciamentos dos diferentes elementos que compõem a rede. Vemos que as discussões acerca da humanização atravessaram décadas, estão localizadas em diferentes países e se embasam em diversos documentos: declarações, cartas, leis, políticas públicas etc. Muitos estudiosos, gestores, profissionais da saúde, nas mais variadas instituições de saúde se dedicaram e se dedicam a pensar, a conceituar, a operacionalizar e a fazer acontecer um cuidado mais humanizado junto aos pacientes.

Nesse sentido, especificamente no cenário brasileiro, não sem influência dos efeitos globais, como, por exemplo, o que está descrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos, um marco de grande relevância para uma melhor estruturação do que se propõe por cuidado humanizado, advém da promulgação do Sistema Único de Saúde. No entanto, é perceptível que as propostas foram se transformando ao longo do processo e dos novos actantes que foram agenciados e passaram a fazer parte da rede.

Segundo Queiroz e Melo (2008, p. 77) “A tradução é um processo que ocorre em cadeias que deslocam interesses, objetivos, enunciados, imagens, em que os elementos vão passando de um lugar a outro, de uma rede a outra, tornando-se muito diversos do que eram no início”. Vemos assim, que no movimento dessas associações, algumas propostas foram perdendo força e se transformando como foi o caso do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que abriu espaço para Política Nacional de Humanização.

Dessa forma, pela ação de diferentes elementos: discussões em torno ética, dos direitos humanos, da saúde mental, da saúde da mulher, das práticas consideradas como desumanizadoras, da ambiência, da qualidade dos serviços, dos direitos dos usuários e trabalhadores, da melhoria organizacional do sistema e serviços de saúde e inúmeros outros actantes, observamos as traduções acontecerem desde o entendimento e conceituação do que vem a ser humanização, à sua aplicação.

Mol (2008), quando trata das traduções que o cuidado pode adquirir, evidencia que ao mudarmos o diagnóstico, as instituições de saúde, as regras, os regulamentos, as religiões, os sistemas financeiros, as políticas e assim por diante, as versões do cuidado também poderão variar. Nesse sentido, como trata a autora, o cuidado e, nesse caso o cuidado humanizado, quando transportado de um local para outro, de uma situação para outra, é invariavelmente traduzido. Outros atores estão em atuação, outros contextos, outras formas de relação; logo, muitos aspectos permanecem daquilo que é proposto por um cuidado humanizado, mas outros tantos são modificados.

Após a apresentação dos momentos, tempos e eventos chave pelos quais a humanização do cuidado passou e se desenvolveu, faz-se importante delinear o que é possível encontrar acerca da conceituação da humanização nos trabalhos publicados sobre o referido assunto. Vale ressaltar que a apresentação que se segue não tem o intuito de esgotar a polissemia conceitual que o fenômeno da humanização possui. Entretanto, buscou-se expor as definições mais marcantes referentes à temática. Destacamos ainda que a discussão mais pormenorizada acerca das políticas supracitadas²⁴ serão melhor dissertadas no capítulo que se segue. Neste momento, tratou-se apenas de evidenciá-las como eventos marcantes para a constituição do traçado dessa rede.

6.3 A humanização como uma realidade performada

À luz das ideias de Annemarie Mol (2007) a humanização pode ser concebida como uma realidade que vai se performando. Tendo em vista a realidade como múltipla, pode-se assim considerar o fenômeno da humanização, uma vez que se apresenta de maneiras diversificadas em que vai se produzindo e produzindo novas realidades de maneiras diferentes. Nesse sentido, a humanização a partir das múltiplas traduções que sofre seja na sua conceituação, na trajetória histórica das legislações e efetivação nas práticas de ensino e trabalho, vai performando a realidade na qual está inserida.

Falar da realidade como múltipla depende de outro conjunto de metáforas. Não as de perspectiva e construção, mas sim as de intervenção e performance. Estas sugerem uma realidade que é feita e performada, e não tanto observada. Em lugar de ser vista por uma diversidade de olhos, mantendo-se intocada no centro, a realidade é manipulada por meio de vários instrumentos, no curso de uma série de diferentes práticas (Mol, 2007, p. 5-6).

²⁴ Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Com base em tais pressupostos, é possível perceber que a humanização do cuidado apesar de estar disposta e objetivada em documentos legais, especialmente, na Política Nacional de Humanização, performa-se de maneiras imprevistas e ilimitadas, ganha diferentes interpretações, é operacionalizada de maneiras diversificadas, gerando múltiplos efeitos.

Mol (2007) em suas discussões exemplifica a realidade como múltipla ilustrando com o caso da anemia. A autora cita diferentes formas de se conceber e diagnosticar a patologia. E, ao final de sua explanação Annemarie conclui que existem pelo menos três diferentes performances da anemia: clínica, estatística e patofisiológica. Com base em tal exemplo, é possível lançar uma reflexão para as performances que a humanização adquire ou para aquilo que a humanização *faz, fazer*, expressão que se refere ao ato de performar – que alude aos efeitos produzidos por um dado evento. Assim, nos parágrafos subsequentes buscamos descrever algumas das performances adquiridas pelo fenômeno da humanização.

6.3.1 A humanização na prática cotidiana dos profissionais

Percebe-se por meio da explanação anterior que a necessidade de tratar a humanização do cuidado com seriedade, adveio de uma realidade de práticas tidas como desumanizantes que não consideravam o ser humano a partir dos aspectos integrais que o constitui, para além de uma patologia. Assim, surgiram diversas iniciativas para se pensar em práticas de cuidado mais “humanas” que convocavam uma maior proximidade do profissional para com o seu paciente. Tais práticas iniciais foram variáveis porque dependiam da interpretação institucional acerca do que de fato seria a humanização, bem como da disponibilidade e envolvimento dos profissionais para tal engajamento. Podemos ilustrar essa faceta adquirida pela humanização a partir dos argumentos que se seguem.

Corbani, Brêtas e Matheus (2009) propuseram em seus estudos conhecer o significado que os profissionais da enfermagem atribuem à humanização e como esta é empregada nas atividades por eles desenvolvidas. As autoras identificaram que o termo é muitas vezes utilizado sem a compreensão do que vem a significar de fato a humanização. Além disso, averiguaram que a discussão sobre a humanização remete diretamente aos fatores de desumanização.

A humanidade (também chamada de virtudes) é identificada ou evidenciada principalmente pelo cuidado. Pois cuidar designa amor, amizade, cura. Pode-se dizer, então, que a cura não se dá unicamente pelo técnico-curativo, mas principalmente pelo sentimento universal de amizade e amor, expressos no cuidado. Daí não ter como deixar de cuidar, ou vir a tornar-nos robôs, pois seria ir contra a própria natureza. O que parece ocorrer, entretanto, é o gradativo esquecimento dessa humanidade. Surge, então, o neologismo “humanização” para encarar o processo de desumanização. Portanto, “humanização” ou “cuidado humanizado” mais sugerem um meio de suavizar as consequências do sistema do que o cuidado propriamente dito (Corbani, Brêtas & Matheus, 2009, p. 350).

Nesse sentido, para as autoras a humanização faz parte da prática humana, assim, falar de humanização é evidenciar o não cumprimento daquilo que necessariamente deveria ser exercido pelo humano. Tais ideias vão ao encontro dos relatos de alguns dos entrevistados que evidenciam certo estranhamento ao entrarem em contato com a temática da humanização, uma vez que em suas falas questionam: “por que é preciso falar de humanização do cuidado em práticas que já deveriam ser humanizadas?”.

Eu entendo a humanização como uma questão que vá ao olhar do outro, compreender o outro na sua dimensão de pessoa. Então assim, quando eu vi pela primeira vez no primeiro período aqueles cadernos do SUS de humanização eu até achei estranho porque foi um questionamento de porquê se ter que criar projetos de humanização, mas aí a gente vê que o atendimento vai muito num viés de reproduzir preconceitos, reproduzir certas estigmatizações e eu entendo a humanização nesse sentido de um olhar com cuidado, de compreender a demanda da pessoa que se apresenta, entender o sentido dela e não expor questões de certo, de moral [...] (Estudante 1).

A gente já deveria é saber exercer um trabalho humanizado e é estranho a gente ter que aprender né? Aprender a exercer esse trabalho. Não é estranho? Soa estranho até no falar igual esses dias pra trás eu li uma frase que falava é como que o ser humano tem que aprender humanização? [...] Como se fosse assim: como que o cachorro, por exemplo, teria eu aprender a ser cachorro, sabe a frase era mais ou menos isso (Estudante 8).

Para Oliveira, Collet e Vieira (2006) um dos elementos fundamentais para o estabelecimento da humanização para além das condições técnicas e materiais, é a comunicação. A comunicação configura-se numa rede de diálogo entre os atores envolvidos no processo do cuidado. Diálogo esse que vai muito além das informações técnicas e científicas que envolvem a especificidade da enfermidade, mas que considere a subjetividade do sujeito e o seu saber sobre si.

As propostas de Mol (2008) sobre a lógica do cuidado vão ao encontro das discussões acima. Para a autora uma boa comunicação é processo fundamental na prática de cuidado. Comunicação essa que não se restringe à comunicação verbal, pelo contrário,

é preciso buscar compreender o que o paciente diz para além das palavras que estão sendo ditas, ou daquelas que não estão sendo expressas. Como ressalta Mol (2008):

Basta usar as habilidades de comunicação das quais as consultas dependem: elas são extensas. Escolha as palavras certas. Aceite silêncios. Olhem um para o outro. Os pacientes sentam-se eretos ou encolhem os ombros, um olhar assustado ou aliviado no rosto. Profissionais sorriem, franzem a testa ou procuram algo no computador. Médico e paciente podem se apoiar no *notebook* com os resultados das medições de açúcar no sangue. Uma enfermeira coloca a mão no ombro do paciente antes de injetar insulina. E existem tantos apertos de mão: as consultas começam e terminam com um corpo tocando outro. Uma boa comunicação é uma condição prévia crucial para um bom cuidado (Mol, 2008, p. 76).

Outro ponto interessante evidenciado por Mol (2008) é o fato de que a comunicação não cessa após o atendimento do profissional de saúde. O fluxo da comunicação segue por meio dos diálogos do paciente com os familiares e com os amigos; ou em outras vias, quando jornalistas e pesquisadores conhecem as histórias dos pacientes e produzem documentários, relatos, pesquisas, ampliando para mais e mais pessoas as vivências de dada doença, seu tratamento e cura; ou ainda, profissionais que publicam as experiências relativas àquelas práticas de cuidado em revistas profissionais. Nesse sentido, a autora destaca o amplo alcance que a comunicação pode adquirir, não ficando restrita “às paredes do consultório”.

O sentido mais recorrente para a humanização na fala dos entrevistados foi a humanização como sendo uma prática de cuidado, de acolhimento, a fim de proporcionar ao paciente bem-estar e qualidade de vida. Tal habilidade precisa, portanto, ser desenvolvida tanto por profissionais, quanto por discentes.

Um olhar mais voltado pro ser humano realmente, isso mesmo, um cuidado maior que vai trazer realmente um bem estar, vai proporcionar um bem estar e uma qualidade de vida. Olha eu entendo que é basicamente mesmo a nossa intervenção de uma forma com um cuidado maior, com o olhar para o ser, para a pessoa [...] (Estudante 3).

Se a gente for pensar numa instituição de saúde, a forma de cuidar da saúde, pode se dar de uma forma muito mecânica deixando de lado o ser humano. Então o que eu penso que seria humanização no cuidado à saúde é cuidar da saúde de uma forma humana, acolhedora, com essa ética do cuidado, com olhar e enxergar esse outro para além de um corpo (Professor 4).

Eu percebo a questão da humanização eu posso estar errada né? Mas, assim o meu ponto de vista na humanização é justamente como eu falei no início é ter essa preocupação né? com o outro ser o qual a gente vai lidar, seja num processo da clínica, seja na psicologia social, seja na organizacional, seja em qualquer contexto né?, ter esse olhar para o outro, para o outro que está ali junto a nós. Então essa preocupação com o bem

estar da pessoa que está próxima de nós. Então pra mim, a humanização se trata dessa preocupação de fazer com que a outra pessoa se sinta, sinta-se bem, sinta-se feliz. Então essa é a minha ideia (Professor 3).

A humanização também está atrelada a um cuidado que considere o indivíduo na sua integralidade, como um ser holístico, para além da patologia apresentada. Assim, o profissional não deve estar focado apenas na execução técnica do seu trabalho, mas na pessoa que está sendo cuidada. As ações dos profissionais devem considerar a singularidade da pessoa, suas necessidades e demandas.

Então é importante esse cuidado e penso que a humanização vem muito nesse sentido, né? De tentar resgatar isso que é tão primordial, você tratar o outro como ser humano [...] (Coordenador 1)

Então eu vejo esse cuidado humanizado como um cuidado global, um cuidado com todos os pontos de vista, um olhar holístico para esse paciente, um olhar que vai muito além da doença né?, vai pro lado social, pro lado humano. É... eu vejo esse cuidado geral com ele (Professor 2).

Então, a humanização seria identificar qual que é a melhor forma de tratar ele como um todo, sem tirar nada daquele indivíduo, [...] ele é ser humano e como você trata o ser humano e não a doença você consegue humanizar a assistência (Estudante 10).

Hummm... são tantas coisas (risos). É... você olhar para aquela pessoa como um todo, não só por exemplo: no hospital, porque que ela tá naquele hospital, a doença dela, né?, mas todo o processo, a história de vida dela. É... entender como ela gosta de alguma coisa ou deixa de gostar, porque. É... na psicologia a humanização, eu acho que é o cuidado mesmo, com a pessoa, com o ser humano que está ali na sua frente, né? Não é só um cliente que vai te deixar o retorno financeiro, mas uma pessoa e você tem que cuidar dela de certa forma (Estudante 7).

Humanizar no sentido de olhar para o ser humano na sua humanidade é humanizar, no sentido de agir de tal forma que eu consigo levar em consideração o ser humano na sua singularidade e na sua humanidade, tanto na sua singularidade, que tem a ver com as características particulares daquele sujeito, quando conseguir apreender o que é comum a todos os sujeitos, seres humanos né? [...] (Professor 6).

O cuidado humanizado está vinculado à uma postura empática do profissional diante do paciente e seus familiares. Ademais, a humanização refere-se a um cuidado com o indivíduo em que a escuta é um importante elemento; ouvir e entender as demandas que a pessoa apresenta e depois buscar compreender o que realmente está causando aquele sofrimento.

A humanização do cuidado no meu ver é a gente ter empatia com o paciente de saber os cuidados que a gente, que ele quer que a gente preste com ele. Tanto pessoal, físico,

restrições que tenha a seu ver no seu físico. É se colocar mesmo no lugar da pessoa e saber o que ela quer naquele determinado momento para o cuidado dela (Estudante 11).

A humanização seria tratar pessoa de forma humanizada, ouvindo as necessidades dela respeitando aquela necessidade dela no momento, seria é..., preocupar com a saúde dela [...] (Estudante 4).

É você ouvir as queixas do paciente, se apresentar ao paciente, não somente a ele, mas o acompanhante dele. Ter o contato assim mesmo com o paciente, buscando sempre levar o cuidado para ele que ele necessita (Estudante 6).

Para Mol (2008) a lógica do cuidado deve estar em sintonia com as dificuldades que as doenças impõem à vida dos pacientes e, nesse sentido, é fundamental que eles recebam apoio, incentivo e consolo. No entanto, ressalta a autora, que o suporte oferecido pelos profissionais, não indica fazer tudo o que o paciente deseja. O cuidado implica em moderação. Equilíbrio é a palavra mágica, expõe Mol.

Assim, para a autora o atendimento precisa preocupar-se com problemas específicos, de pessoas específicas, em contextos específicos. A arte do cuidado demanda a descoberta de como os vários atores envolvidos naquelas circunstâncias, dentre os quais se incluem o próprio paciente, seus familiares, os profissionais de saúde, os equipamentos, os medicamentos e outros, podem contribuir para o cuidado daquele paciente, seja para a sua melhora ou para a sua estabilização. Dessa maneira, como já exposto, o processo do cuidado é compartilhado. Os pacientes não são um público-alvo, mas atores fundamentais da equipe do seu próprio cuidado.

Vemos que a humanização está atrelada ao cuidado, à postura empática e à escuta ativa. No entanto, humanizar também está relacionado à consideração da história do outro, pensando no fortalecimento desse indivíduo no que concerne ao desenvolvimento da autonomia, do protagonismo e do empoderamento.

Quando você tá no leito ali, você quer ter sua saúde, quer estar bem, só que tem profissional que não faz da maneira certa, eles não se importam se você gosta de determinada posição pra ficar no leito, se você tem um horário pra comer. Eu acho que você tem que colocar na balança o que se pode fazer de melhor para o seu paciente (Estudante 11).

Entender a história dela, acho que humanização é bem isso, entender a história dessa pessoa, dar autonomia para ela também, empoderamento que ela precisa para, para se entender, para se colocar no mundo, eu penso dessa forma (Estudante 7).

A humanização é entendida também como uma relação dialética em que os sujeitos envolvidos a partir do encontro estabelecido, têm a possibilidade de se

transformarem enquanto seres humanos (tanto profissionais, quanto pacientes). Outro ponto importante apresentado é que a partir de uma ação humanizadora é possível uma atuação de protagonismo daquele paciente, para que ele também possa se ver como atuante no processo de cuidado. Proposta essa muito evidente no Humaniza SUS.

Mas eu acho que o cuidado tá na base, o cuidado diz de cuidar de estar diante do outro com cuidado, com o olhar cuidadoso né?. É no sentido de oferecer uma oportunidade pra aquele sujeito se olhar, se cuidar. Então se a gente tem uma ação de cuidado próxima daquele sujeito, com olhar humanizado, já é uma oportunidade pra aquele sujeito também se olhar de uma forma mais humanizada, se a gente reconhece a potencialidade daquele ser humano ali nesse movimento de humanização, se a gente consegue olhar pra esse sujeito na sua humanidade ele também pode se acolher né?, é uma possibilidade dele também se acolher com humanidade, tanto nos limites, quanto nas potencialidades daquele sujeito [...] (Professor 6).

Vale ressaltar ainda, como evidenciado por um dos estudantes entrevistados que a humanização é importante não só para o paciente, mas também para os profissionais no que diz respeito à motivação com o trabalho e a significância de suas ações.

Eu acho que esse cuidado humanizado não é bom só para o usuário, ele é bom para todos, inclusive para a gente que trabalha na área. Quando a gente trabalha com a humanização, a gente sente prazer maior, a gente se apega mais ao nosso trabalho. A gente lembra porque que a gente fez enfermagem, porque vale a pena fazer enfermagem e isso é muito bom e dá motivação para o profissional. Principalmente quando tem uma troca de elogios, quando tem uma conversa mais íntima com paciente... Isso acrescenta muito na nossa vivência, na nossa experiência prática (Estudante 12).

A humanização é vista também como uma habilidade de sensibilidade em relação ao outro, em relação à dor do outro. Tal habilidade e sua manifestação podem estar relacionadas com o perfil do profissional, com características de sua personalidade, por exemplo. No entanto, trata-se de uma característica que também pode ser desenvolvida.

Então, pra mim humanização perpassa por um olhar diferente e, sobretudo, é um olhar que leva todo um perfil com ele, por trás de quem tem esse comportamento, essa habilidade, também se correlaciona com um tipo de perfil, talvez de personalidade não sei... Porque eu acredito que existem, existam, possam existir pessoas que tenham mais tendência a essa sensibilidade e outros não. Apesar de que eu acredito também que humanização possa ser desenvolvida como uma habilidade porque essa sensibilidade que perpassa no sentido de que a minha dor ou a dor do outro também pode ser doída em mim, e aí eu acho que nesse sentido que pode também ser algo que possa ser desenvolvido (Professor 7).

Nessa performance que a humanização adquire, permeando o cotidiano da prática profissional, encontramos muitos sentidos e características a ela atribuídos. Dessa

maneira, nesse quesito, vemos a humanização atrelada às práticas de cuidado e bom trato para com o paciente; à postura empática do profissional; às habilidades comunicacionais; à promoção de uma postura ativa do paciente; a uma relação de reciprocidade entre profissional e paciente. Seguiremos delineando outras maneiras como a humanização se apresenta e é concebida a partir das múltiplas performances que adquire.

6.3.2 A humanização como uma temática contida nas Políticas Públicas

A partir da Lei 8.080 de 1990 que preconiza sobre o Sistema Único de Saúde e, especialmente, no início dos anos 2000 com a promulgação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, posteriormente, com a Política Nacional de Humanização, a humanização do cuidado adquiriu um novo contorno e passou a fazer parte do sistema de saúde como uma política transversal. Nesse sentido, a humanização não se relaciona apenas às práticas do cuidado, mas a uma nova forma de fazer saúde, bem como aos novos modelos de gestão.

Nessa perspectiva, Ferreira (2005) em seus apontamentos propõe uma reflexão a respeito da humanização da saúde "como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde" (p. 112). Expondo essa amplitude conceitual, Ferreira (2005, p. 113, grifos do autor) relata: “[...] “humanizar” pode ser concebido desde como uma escuta atenta, uma boa relação médico-paciente, a reorganização dos processos de trabalho (que facilite o acesso aos serviços), a criação de ouvidorias e “balcões de acolhimento”, até a melhoria das estruturas do espaço físico”. E, seguindo nessa tentativa de clarificar o conceito de humanização a autora complementa:

Enfim, muitos sentidos podem ser dados à “humanização”. De forma geral, ela aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência e mesmo da compreensão da condição humana e dos direitos humanos, segundo o entendimento de que os usuários têm o direito de conhecer e decidir sobre os seus diagnósticos e tratamentos (p. 113).

Segundo Benevides e Passos (2005a) a humanização a partir dos anos 2000 adquiriu um aspecto de conceito-sintoma:

Estamos chamando de conceito-sintoma a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. É como tal que o tema da humanização se reproduziu em seus sentidos mais estabilizados ou instituídos, perdendo, assim, o movimento pela mudança das práticas de

saúde do qual esta noção adveio, movimento que se confunde com o próprio processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980.

É assim que a humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços” (Benevides & Passos, 2005a, p. 390, grifos dos autores).

Conforme expõem os autores, a análise do conceito de humanização deve ser feita de maneira abrangente, que resista aos sentidos instituídos a ele atribuídos, questionando e criticando a imagem do homem como ideal que regularia as experiências concretas. A humanização deve ser então considerada como ações e práticas concretas que sejam comprometidas com os sujeitos e em contínua transformação, não devendo ser tratada de maneira estática com base em preceitos, conceitos e ações instituídas no campo da saúde.

Nesse sentido, deve ser vista como uma possibilidade de transformação dos serviços e sistemas de saúde, no que concerne aos modelos de atenção e gestão, permitindo, assim, o estabelecimento de novas formas relacionais que incluam usuários e profissionais (Passos & Benevides, 2005b; 2009). “Define-se, assim, a ‘humanização’ como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde” (Benevides & Passos, 2009, p. 244).

6.3.3 A humanização na prática formativa de profissionais da saúde

Considerando o caráter da multiplicidade da humanização tida como uma realidade que se performa e gera efeitos, é importante pensar nessa outra configuração de tal temática. A maneira como os profissionais de saúde se forma para a humanização pode ressoar na forma como poderão atuar em seus fazeres cotidianos. Portanto, a humanização está presente nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, nas práticas formativas (estágios, trabalhos de extensão), nas pesquisas, nas discussões em sala de aula.

Nesse sentido, de acordo com Casate e Corrêa (2012), a humanização do cuidado pode adquirir variadas conotações pois está pautada nos diferentes modos de concepção do ser humano, do processo saúde-doença, bem como na compreensão que as pessoas têm do próprio Sistema Único de Saúde. Como ressaltam os autores, é importante que a formação dos estudantes tenha uma base conceitual acerca do processo saúde-doença,

considerando-o como um fenômeno complexo e multidimensional, não se restringindo apenas ao campo biológico. Isso porque, argumentam os autores, as maneiras de conceber e cuidar do homem não devem se pautar apenas no discurso teórico que, não raro, fica desarticulado das práticas de cuidado. Segundo Casate e Corrêa (2012, p. 221),

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, sendo também delineados os limites dos modelos de formação ainda existentes, sendo apontadas necessidades de mudanças.

Nas falas dos entrevistados, como veremos a seguir, podemos encontrar um paralelo entre a formação em saúde de alguns anos atrás com a formação atual e a evidência de que atualmente muito se discute acerca da humanização do cuidado. Segundo o relato de um dos professores, nas disciplinas Saúde da Mulher e da Criança, desde os primeiros dias de aula quando são apresentadas as políticas públicas específicas a esses públicos, já são trabalhadas as questões referentes à humanização.

Ademais, acredita-se que os profissionais saem da IES com uma noção importante acerca do cuidado humanizado, especialmente, por causa das mudanças curriculares que fazem com que atualmente a temática da humanização seja muito mais preconizada. No entanto, evidencia-se que a atuação prática no que diz respeito ao cuidado humanizado ainda é desafiadora, devido às especificidades do cotidiano de trabalho em saúde, em especial, no SUS.

Hoje sim, eu vejo, igual eu falei eu vejo essa evolução nas grades curriculares, até porque não se tem como trabalhar mais nenhuma disciplina sem trabalhar o cuidado humanizado. Então na grande parte está presente. Então por isso e eu acho que os profissionais eles saem com essa noção né? de cuidado humanizado, noção de qualidade da assistência, uma noção maior de como tratar o paciente né? que é esse o nosso objetivo [...] (Professor 2).

Quando a gente fala cuidado humanizado, Política Nacional de Humanização, educação permanente, educação em saúde, eles já sabem exatamente como que deve ser né? porque eles têm a teoria. Só falta realmente aplicar, porque às vezes os ambientes de trabalho, a gente trabalha com o SUS por exemplo, eu trabalho com o SUS, é tanta sobrecarga, é tanto problema que a gente encontra, que acaba que às vezes a gente não conseguindo colocar em prática o tanto que a Política de Humanização preconiza [...] (Professor 2).

Indo ao encontro das ideias do último relato, de acordo com um dos entrevistados, os alunos saem da Faculdade com uma formação para a humanização, mas podem perder

essa postura com o passar do tempo, no exercício prático da profissão – devido à sobrecarga de trabalho, às exigências intrínsecas ao fazer da Enfermagem. Portanto, nessa perspectiva, os profissionais vão se “desumanizando” após a graduação.

Quando ele sai (refere-se aos alunos), ele começa a trabalhar e pode ser mais humano, mas talvez porque... Eu não sei, um pouco mais gentil porque ele está começando, aí talvez ele não entende do trabalho e ele pode estar começando a vida profissional dele então ele não se expõe, ele não se manifesta tanto, não posiciona tanto em outras áreas assim no cotidiano. Acho que ao longo desse tempo ele pode perder essa humanização. Ele pode perder dada a sobrecarga de trabalho que ele pode passar e aí a humanização pode dar lugar mais ao mecânico. E aí junta o estresse do dia a dia, noites mal dormidas que é específico da Enfermagem, é característico nosso os plantões. Isso aí pode tirar, ocasionalmente, uma postura mais humanizadora, atos mais humanizantes, mais gentis... Acho que ele sai, ele pode perder, mas dado à isso, da carga excessiva de trabalho e desenvolve estresse, essas coisas... (Professor 9).

6.3.4 A humanização como objeto de investigação

Outra performance da humanização é quando ela se torna objeto de análise, seja em uma das realidades citadas ou em outras tantas possibilidades de se considerar esse fenômeno. Essa tese de doutorado, bem como a minha dissertação de mestrado são exemplos dessa quarta faceta aqui apresentada de maneiras de se considerar a humanização do cuidado.

Assim, inspiradas pelas ideias de Mol (2007), apesar de ser uma diversidade de performances adquiridas pelo fenômeno da humanização, tais realidades não precisam e, neste caso, não estão isoladas entre si. Pelo contrário, é preciso que haja conexão e retroalimentação de todas essas realidades para que os efeitos gerados, especialmente na ponta: no contato com o usuário do serviço de saúde, tendo se traduzido a partir dos muitos elementos que compõem a rede, sejam satisfatórios.

6.4 A humanização emerge no coletivo de humanos e não humanos

A presente discussão lança uma questão que poderá causar um estranhamento inicial ao leitor. Quando consideramos a humanização do cuidado sob a perspectiva da Teoria Ator-Rede faz-se necessário colocar em evidência os fatores humanos e não humanos que a compõem. Mas elementos não humanos agem a favor da humanização? Claro! Não só agem a favor como a constituem. É o que será abordado a seguir.

Latour (2017) ao tratar sobre humanos e não humanos destaca que tais elementos estabelecem residência naquilo que denomina de coletivo. Para o autor, vivemos em coletivos, não em sociedades. Segundo Latour, a sociedade é considerada pelos cientistas sociais como sendo composta por relações sociais, tendo sido os não humanos enucleados. Por isso, a proposta é de substituição da conceituação de sociedade por coletivo. Coletivo deve ser, portanto, entendido como um projeto de arregimentar diversos tipos de forças e não, como anteriormente considerado pelos sociólogos do social, como um conjunto de entidades compostas apenas por material social (Latour, 2012).

No entanto, Latour (2017, p. 229-230, grifos do autor) ao introduzir a ideia de coletivo estabelece um importante esclarecimento:

Ao abandonar o dualismo, nossa intenção não é atirar tudo na mesma panela e apagar os traços característicos das diversas partes que integram o coletivo. Ansiamos também pela clareza analítica, mas ao longo de linhas que não a traçada pelo polêmico cabo de guerra entre objetos e sujeitos. O jogo não consiste em estender a subjetividade às coisas, tratar humanos como objetos tomar máquinas por atores sociais, e sim *evitar a todo custo o emprego* da distinção sujeito-objeto ao discorrer sobre o entrelaçamento de humanos.

Postos tais posicionamentos o autor ainda delimita o seu interesse: “O que o novo quadro procura capturar são os movimentos pelos quais um dado coletivo *estende* seu tecido social a *outras* entidades” (p. 230, grifos do autor). Latour (2012) ao considerar os não humanos também cuida para esclarecer que seu intento não é o de colocar os “objetos” fazendo coisas no lugar dos humanos. Seu interesse está em explorar o que e quem participa da ação. “O projeto da ANT cifra-se em ampliar a lista e modificar as formas e figuras dos participantes reunidos, esboçando uma maneira de fazê-los agir como um todo durável” (p. 109).

De acordo com Latour (1992) estudar as relações sociais sem considerar os não humanos nos cursos das ações é impossível. Segundo o autor, “conhecimento, moralidade, habilidade, força, sociabilidade, não são propriedades de humanos, mas de humanos acompanhados por sua comitiva de personagens designadas” (p. 22). Para tanto, no entendimento do que vem a ser essa atuação dos não humanos, Latour (1992) destaca: “mais como uma regra descritiva geral, toda vez que você quer saber o que faz um não-humano, simplesmente imagine o que outros humanos ou outros não-humanos teriam que fazer se esta personagem não estivesse presente” (p. 03).

No que se refere à prática de cuidado, Mol (2008) evidencia que o cuidado não envolve os indivíduos, mas os coletivos. Vários deles. E para exemplificar o cuidado nessa lógica dos coletivos, com base no exposto por Mol, propomos um exercício de imaginação. Imaginemos uma sala de atendimentos (um consultório, ou uma sala de triagem) em que está acontecendo um atendimento a um paciente (e aqui podemos considerar qualquer profissional da saúde). Nesse atendimento, à primeira vista parecem estar se relacionando apenas o profissional e o paciente, mas não é! Pelo contrário, aquele cenário e aquela relação são permeados por múltiplos outros agentes humanos e não humanos que mesmo não sendo vistos estão agindo. Ali há um sem-número de não humanos que compõem o ambiente e possibilitam aquele encontro: cadeiras, mesa, porta, janelas, papéis, canetas, computador; há uma secretária que fez o agendamento da consulta, recepcionou o paciente e irá encaminhá-lo após o atendimento. O paciente fala do histórico da sua enfermidade envolvendo seus familiares e suas relações interpessoais; o paciente conta sobre a dinâmica do seu cotidiano e das práticas que favorecem ou dificultam aquele tratamento (como é a sua alimentação, como é o seu trabalho etc.). Caso o paciente faça uso de algum medicamento, esses vêm à tona juntamente com os efeitos colaterais por eles causados; se o paciente precisar fazer exames, os laboratórios serão arregimentados juntamente com outros profissionais e equipamentos. E aqui poderíamos seguir levantando os incontáveis atores partícipes dessa ação.

Após a apresentação da ideia de coletivo e dos elementos heterogêneos que constituem o cuidado, almejamos esclarecer os motivos pelos quais a humanização deve ser entendida dentro dessa perspectiva. Pensando sob o viés da garantia de direitos, a humanização deve ser posta em evidência sob uma perspectiva que vai muito além das relações puramente sociais. É preciso considerar os elementos não humanos que fazem parte desse coletivo e que também participam ativamente para a promoção, promulgação e durabilidade da humanização. Apenas para citar: as avançadas técnicas em saúde, farmacológicas e laboratoriais; as características da ambiência das instituições de saúde; os textos das políticas públicas e muitos outros elementos considerados “técnicos” oportunizam a efetivação da humanização do cuidado.

Viegas (2010) vai ao encontro dessa hibridização de elementos heterogêneos que constituem a humanização ao propor que a humanização é a concatenação de dois importantes elementos: o conhecimento técnico que ampara a prática profissional de saúde e a sensibilidade no trato para com o paciente.

Em suas discussões Ferreira (2005) também converge com tais apontamentos quando propõe que há duas lógicas de engajamento nos serviços de saúde: o relacional e o técnico. Apropriando da língua inglesa a autora vale-se de dois termos para diferenciar os aspectos acima citados. São eles *to care* e *to cure*. *To care* está relacionado aos aspectos de acolhimento, da atenção frente ao paciente; enquanto *to cure* vincula-se aos aparatos técnicos, formais e científicos do tratamento.

Em suas análises Ferreira (2005) evidencia as escalas hierárquicas existentes nas instituições de saúde, especialmente a hospitalar, sendo os médicos os detentores do saber técnico e as profissões consideradas “abaixo” nessa escala, como enfermeiros e técnicos de enfermagem, ficariam com o desempenho das ações relacionais. No entanto, a autora destaca a necessidade da superação dessa dicotomia técnico *versus* relacional, uma vez que tanto a técnica quanto a relação estão a serviço do ser humano.

O médico, mesmo que se interesse somente pela doença (para a realização de uma intervenção), em algum momento deverá lembrar (e mesmo que isto não lhe agrade) que a doença diz respeito a um ser humano singular e que toda a ação será personalizada em um dado momento. Por outro lado, os profissionais mais próximos das práticas de cuidado também deverão se informar sobre o processo de adoecimento do doente e sobre a doença em questão. Enfim, os dois têm como objetivo o ser humano doente — os caminhos é que são inversos. Um dissocia e objetiva, o outro solidariza e singulariza. Mas uma mesma condição é necessária para a obtenção da cura ou do bem-estar do atendido: que os profissionais estejam centrados na situação específica especificamente, naquele indivíduo que pode apresentar desordens mais abrangentes que a simples perturbação física. Assim, essas abordagens (no trato hospitalar) são (ao menos teoricamente) mais complementares que contraditórias (Ferreira, 2005, p. 116, grifos do autor).

Mol (2008) vai ao encontro dessas proposições ao afirmar:

Nas discussões acadêmicas sobre o cuidado da saúde, “cuidado” costuma ser diferenciado de “cura”. Se isso é feito, o primeiro termo, “cuidado”, é usado para atividades como lavar, alimentar ou fazer curativos, que são feitas para tornar a vida diária mais suportável. O segundo termo, “cura”, ressoa com a possibilidade de curar e é aplicado a intervenções durante o processo de uma doença. No presente livro, evito deliberadamente fazer essa distinção. Na prática, afinal, as atividades categorizadas como “cuidar” e “curar” se sobrepõem. (Cuidar de) alimentos e (curar) drogas podem ter efeitos semelhantes no corpo. Fazer curativos com cuidado pode ajudar na cura de uma ferida. Além disso, hoje em dia, muitas das doenças que fazem com que as pessoas procurem seus médicos são de caráter crônico. A chamada cura de tais condições não leva à recuperação, mas torna a vida mais suportável: é uma forma de cuidado (p. 01).

Nesse sentido, com base nas afirmativas das autoras vemos a necessidade de uma concatenação dos domínios *to care* e *to cure*, afirmando que tais fazeres devem ser

considerados como complementares e não como contraditórios. Encontramos essa necessidade de conciliação entre o resgate relacional e o conhecimento técnico no que diz respeito à humanização nos relatos dos entrevistados, como veremos a seguir.

É, eu entendo como humanização para além da técnica, eu percebo ela muito no sentido de cuidado, de proximidade né? de empatia mesmo. Estar frente ao outro né? frente aquela dor que se encontra e eu vejo também uma humanização não no sentido da saúde, pra mim ela perpassa todas as áreas tanto áreas sociais, quanto áreas exatas, quantos as áreas humanas, então eu vejo muito assim a humanização nesse olhar, claro que a técnica é muito importante enquanto profissional, mas ter esse olhar mais humanizador, mais acolhedor de empático né? de se colocar frente aquele sujeito que está acometido ali com alguma dor instalada (Estudante 9).

Humanização do cuidado, eu acho que ele vai envolver vários aspectos. Primeiro a partir do indivíduo, aquilo que ele traz consigo, de um aprendizado prévio, de uma vivência prévia de humanização que ele tenha e se ele pratica isso ou não vai fazer mais sentido o que ele vai ver num documento, que é por exemplo, a Política Nacional de Humanização. Então, a vivência prévia dele vai fazer mais sentido, vai propiciar a ele um entendimento de uma política, entendendo como política, não como um conjunto de ações como sorriso, é... como um tratar bem, não só isso, mas também do ponto de vista técnico. Atender bem do ponto de vista técnico! Tudo aquilo que contempla o cuidado em saúde. Por exemplo, eu posso ser gentil, humano, mas ao mesmo tempo eu tenho que, primeiramente, fazer o meu serviço bem feito na parte técnica e o ideal é que se aliassem os dois, tanto a gentileza; essa gentileza que se expressa no ajudar o próximo, quanto no fazer técnico da profissão. Entendo isso como sendo duas vertentes: uma mais de humanização de gentileza, mas também de garantia de serviço, de prestação de cuidado àquela pessoa como política de saúde (Professor 9).

A partir das argumentações anteriores podemos perceber que o aspecto relacional e o técnico que deveriam ser considerados como ações complementares, na medida em que são tidos ou executados separadamente, desconectados, perde-se a potencialidade do cuidado que poderia ser considerado como humanizado. Cisão essa presente no pensamento moderno que estabelece polos entre os elementos como, neste caso: relação pessoal *versus* técnicas.

Latour (2017) propõe que a simetria existente entre atores humanos e não-humanos obriga a superação da dicotomia entre sujeito e objeto. Dicotomia essa que impede a compreensão dos coletivos e suas possibilidades de ação. A partir de tal argumentação, Latour propõe o primeiro dos quatro significados de mediação: a interferência, que distribui a responsabilidade da ação a vários e distintos atuantes.

Baseado nesse primeiro significado é possível compreender que é por meio da conexão entre os agentes que se dá a produção de efeitos. Para tanto, a interferência constitui-se como um plano de ação para que se consiga resultar um determinado efeito

(Latour, 2017). Nas palavras de Queiroz e Melo (2006, p.196): “É graças à interferência das técnicas que o termo mediação assume o significado de uma cadeia de passos, objetivos e intenções que permitem chegar ao fim do labirinto, à resolução de um problema”.

Dando continuidade a tal ideia, Latour (2017, p. 216) afirma: “a ação é uma das propriedades das entidades associadas”. Dessa maneira, é preciso considerar a composição/associação das entidades que envolvem uma determinada ação. Latour para clarificar esse segundo significado de mediação – a composição, vale-se de um exemplo muito simples evidenciando os equívocos das manchetes de jornais ao reduzirem a ação a um único agente, quando em seus anúncios destacam: “O homem voa” ou “a mulher vai ao espaço”. Como ressalta o autor, a ação de voar não é uma propriedade humana, mas uma associação de entidades que incluem aeroportos, aviões, rampas de lançamentos, dentre outros. Logo o autor conclui: “A ação não é uma propriedade de humanos, mas uma associação de atuantes – e eis o segundo significado de mediação técnica (p. 216).

A partir das palavras do autor, reiteramos que o processo de humanização só se dá a partir da conjunção de elementos humanos e não humanos. De acordo com Law e Mol (1995), materialidade e sociabilidade precisam ser consideradas em conjunto, uma vez que não é possível conceber o contexto social sem os elementos técnicos e nem a materialidade sendo produzida sem as interações sociais.

Com tais apontamentos é preciso destacar que conceber os elementos técnicos como constituintes e essenciais para a efetivação dos processos de humanização, por muitos autores considerados como fonte de desumanização e causa do evidente afastamento dos profissionais da saúde a um cuidado considerado humanizado, não é tratar a técnica como sobreposição às relações humanas e sociais.

Ao contrário, considerar os elementos sociotécnicos como partícipes ativos do processo de humanização é uma condição primeira, uma vez que se acredita ser impossível um cuidado humanizado sem que se tenha relações sociais pautadas na garantia dos direitos do usuário, e porque não pensar em relações que considerem o respeito, a empatia e a afetividade destinados a outro humano. Porém, da mesma maneira, torna-se inconcebível considerar a humanização sem os aparatos materiais, ambientais, tecnológicos e técnicos que proporcionam condições para que o atendimento e o cuidado humanizado possam se efetivar.

7 O CUIDADO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Segundo Latour (2015), as interações sociais devem ser mais bem compreendidas e ultrapassar a concepção que durante muito tempo foram consideradas: relações exclusivamente humanas em que os objetos ocupavam um lugar secundário. Ao contrário, a *inter-ação* como destaca Latour, precisa considerar a mediação da materialidade.

Para analisar as sociedades humanas e não somente as dos babuínos, é preciso compreender de outra maneira a palavra “inter”-ação. Essa expressão não significa apenas que em todos os pontos da sociedade a ação permanece local, e que ela sempre surpreende aqueles que se envolvem nela. Ela significa que a ação deve ser compartilhada com outros tipos de actantes dispersos em outros quadros espaço-temporais e que pertençam a outros tipos de ontologia (Latour, 2015, p. 180).

Assim, pode-se afirmar que ao deslocar a interação e associar humanos e não humanos, é possível estabelecer uma durabilidade muito além do tempo presente que aquele corpo “humano” poderia permanecer. Por meio das coisas tem-se a possibilidade de explicar a durabilidade, a extensão, a solidez, as estruturas, a localização, a redução e o enquadramento das interações.

Nesse sentido percebe-se como já enunciado em momentos anteriores, que a ação para a Teria Ator-Rede sempre se desloca entre o actantes que compõem determinada rede. Assim, Latour (2015, p. 176) coloca: “Construir um instrumental e o social, agir, interagir, localizar, globalizar, determinar e constranger, todos esses verbos repousam não somente em certo modelo de ator – individual ou coletivo, humano ou não humano –, mas também em uma definição da ação” (p. 176). Nesse mesmo contexto o autor ainda acrescenta:

Ora, agir é sempre ser ultrapassado por aquilo que se faz. Fazer é mandar fazer. Quando se age, outros passam à ação. Daí resulta que nunca se pode reduzir ou dissolver um ator em um campo de força – ou em uma estrutura. Só se pode compartilhar a ação, distribuí-la com outros actantes (Latour, 2015, p.177).

A partir de tais ponderações é possível resgatar outro significado de mediação que Latour (2017) propõe. De acordo com o autor, os objetos para além de terem significado, criam significados. Os objetos cristalizam uma conexão de mensagens e você delega a eles uma função que era sua. Para melhor descrever suas ideias, Latour vale-se do exemplo de um quebra-molas ou guarda dorminhoco, como chamado pelos franceses, construído em frente a uma escola. A mistura de concreto e asfalto ocupa o

lugar de um guarda de trânsito e carrega a seguinte mensagem: “desacelere seu carro ou danifique-o”. Concluída a obra, os construtores ausentes fazem-se presentes a todo instante, pois, delegaram uma função àquela materialidade.

Em última análise, o quebra-molas *não* é feito de matéria: está repleto de engenheiros, reitores e legisladores que misturam suas vontades e perfis históricos aos do cascalho, concreto, tinta e cálculos matemáticos. A mediação, a translação técnica que estou tentando compreender reside no ponto cego onde sociedade e matéria trocam propriedades” (Latour, 2017, p. 225).

Pensando as políticas públicas, e, especialmente a Lei n.º 8.080, a Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, é possível visualizar que estas, assim como todas as legislações, fazem parte desse processo de delegação. Em suas letras são colocados os interesses e objetivos de seus idealizadores, de seus possíveis executores e usuários.

Ademais, além de possuírem um significado próprio, tais políticas produzem outros significados e criam novas mensagens. As pessoas discutem a seu respeito, valorizam ou desvalorizam suas criações, aderem ou burlam seus preceitos. Seus criadores não estão presentes de maneira física, mas continuam exercendo ações e produzindo relações.

Com base em tais pressupostos e buscando uma análise com as propostas do capítulo que se inicia, é possível analisar as interações que se estabeleceram/estabelecem entre os agentes envolvidos na criação, reformulação e efetivação das políticas públicas. Trata-se de interações que carregam um "ar ausente", no entanto, aqueles que contribuíram de alguma maneira em tais processos nunca deixam de existir.

O presente capítulo apresenta um resgate histórico das diferentes faces do cuidado à saúde no contexto brasileiro para que se possa compreender a consolidação do Sistema Único de Saúde e das políticas (Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Educação Permanente) que fazem parte de algumas de suas estratégias. É importante considerar os múltiplos actantes que compõem essa rede que será a seguir descrita e os efeitos por eles gerados na construção do sistema de saúde que se efetivou nas últimas décadas, mas que não deixa de se construir e reconstruir a cada instante. Posto isso será possível conhecer os agentes humanos e não humanos que as compuseram e possibilitaram as suas durabilidades, controvérsias e mudanças de percurso.

Apresentamos ainda nesse capítulo algumas problematizações acerca do panorama da saúde pública no Brasil, especialmente, no momento de pandemia que estamos atravessando. Por fim, encerramos nossas discussões fazendo uma vinculação com as ideias apresentadas no primeiro capítulo dessa seção, trazendo algumas reflexões sobre como seremos após a pandemia, tanto no que concerne à formação em saúde, como no fazer cotidiano dos serviços de saúde.

7.1 Algumas controvérsias na história da saúde pública

A história do SUS desde a sua criação até os dias atuais está envolta por muitas controvérsias. Criado no final do século XX, tal sistema foi fruto de muitas lutas e reivindicações por um cuidado à saúde como direito de todos. Trata-se de uma das mais importantes políticas públicas do país, com princípios que visam atender à toda a população de maneira, universal, integral e equânime. Uma política dessa magnitude encontrou e encontra inúmeros entraves, compassos e descompassos para sua efetiva regulamentação, implementação e manutenção. A seguir, por meio de uma trajetória histórica da evolução da saúde pública no Brasil, apresentaremos os principais agentes, as controvérsias e as traduções ocorrida no decorrer das décadas.

Com o advento da expansão marítima e, por conseguinte, o contato entre os diferentes povos foi evidente a disseminação de doenças, uma verdadeira “união microbiana”. Para citar as principais patologias, tem-se a malária, doença típica dos territórios tropicais; a peste bubônica, a cólera e a varíola trazidas pelos colonizadores; a filariose e a febre amarela oriundas dos povos africanos (Oliveira, 2012).

A atenção à saúde nos primórdios da colonização do Brasil é o resultado de trocas e apropriações de conhecimentos e experiências advindas dos europeus, indígenas e africanos, que visavam o tratamento e a cura das enfermidades. A partir das diferentes visões acerca do processo de adoecimento, cada cultura oferecia as mais variadas práticas terapêuticas no cuidado às moléstias (Oliveira, 2012).

Na população indígena os pajés por meio de rezas, ervas e plantas nativas ofereciam seus cuidados, já a atenção à população negra era feita pelos curandeiros, e assim era atendida a maioria das pessoas. Aos poucos os europeus começaram a trazer algumas técnicas mais avançadas como a sangria ou a aplicação de sanguessugas, além das práticas médicas da disciplina e isolamento, trazidas pelos Jesuítas (Oliveira, 2012).

Nos anos de 1543 e 1549 foram implementadas pelos portugueses as primeiras Santas Casas de Misericórdia, na capitania de São Vicente e em Salvador, respectivamente. E, com o passar dos anos outras unidades foram fundadas. No entanto, mesmo com as formas de cuidado acima destacadas, a atenção à saúde era muito precária (Oliveira, 2012).

No século XVII uma epidemia de sarampo gerou uma grande crise demográfica no território nacional. Após tal ocorrência, as epidemias passaram a ter mais atenção governamental, uma vez que afetaram drasticamente a economia local. Assim, ações de saúde pública como: saneamento das cidades, em especial as portuárias, e maior observação das enfermidades e dos enfermos, possibilitaram uma abrangência no controle das doenças. A vinda da família Real para o Brasil, em 1808 é coincidente com os avanços científicos nas práticas médicas. Nesse cenário a medicina tropical começa a avançar com a criação das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador (Oliveira, 2012).

A Proclamação da República em 1889 gerou uma nova configuração social. Época marcada pela emergência da burguesia cafeeira, imigração europeia, migração da população dos campos para as cidades, que gerou uma necessária e nova atenção governamental à saúde. Assim, ocorreu a denominada normatização médica, em que as práticas de cuidado à saúde deviam acompanhar os preceitos médicos advindos da Europa. Com isso as práticas populares de cuidados passaram a ser mais controladas, os religiosos que ocupavam as direções dos hospitais começaram a ser substituídos por profissionais da área, além da implantação de novos hospitais públicos e maior atenção às doenças mentais, hanseníase e tuberculose (Oliveira, 2012).

No início do século XX, a partir de muitas ações implementadas por Oswaldo Cruz, no governo de Rodrigues Alves, iniciou-se um combate mais efetivo em relação às epidemias. Nesse cenário surge o Código de Ética Sanitário e a atuação da polícia sanitária, com algumas medidas mais drásticas e autoritárias de controle e desinfecção dos espaços públicos e privados, bem como com a notificação permanente da peste bubônica, febre amarela e varíola. Nessa mesma época, por meio da obrigatoriedade de vacinação ocorreu um movimento popular denominado Revolta das Vacinas, pelo caráter autoritário das estratégias sanitárias (Oliveira, 2012).

Entre os anos de 1910 e 1920 o foco sanitário de Oswaldo Cruz foi as regiões rurais, ações que possibilitaram um amplo conhecimento das enfermidades campesinas e estratégias de combate a três endemias rurais: mal de chagas, malária e ancilostomíase.

Carlos Chagas, por meio dos conhecimentos e informações deixadas por seu antecessor, Oswaldo Cruz, pôde dar prosseguimento ao trabalho sanitário (Oliveira, 2012).

O ano de 1923 é marcado pela reforma sanitária, com a criação do Departamento Nacional de Saúde. Além desse marco, neste mesmo ano aconteceu a fundação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), propostas pelo chefe da polícia Eloy Mendes, a partir dos movimentos e revoltas populares que estavam acontecendo na época. No entanto, o acesso às CAPs era restrito aos trabalhadores de algumas categorias profissionais, como marinheiros e ferroviários. Tal evento representou um momento importante para a previdência social no país. Os funcionários passaram a ter direito à aposentadoria e às pensões (Oliveira, 2012). Em 1926 a assistência médica passou a ser incorporada como atribuição das CAPs (Andrade, 2007).

No governo de Getúlio Vargas, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), com a contribuição de 15% do Estado, ficando o restante sob a responsabilidade de custeio dos empregadores e empregados. As principais categorias contempladas eram: trabalhadores da marinha, bancos, comércio e indústria.

A década de trinta também foi marcada pela criação dos Ministérios: Educação e Saúde Pública e Trabalho, Indústria e Comércio, bem como a criação do Conselho Nacional de Saúde. Na década de quarenta foi estruturado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que abrangeu o cuidado por meio de postos de saúde rurais e urbanos e lançou importantes bases para o desenvolvimento comunitário e de grupos (Oliveira, 2012). Essa década também registrou a I Conferência Nacional de Saúde que buscou a defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescência (Brasil, 2011).

Os anos cinquenta tiveram como marcos principais: a II Conferência Nacional de Saúde cujos temas principais giraram em torno da higiene e segurança do trabalho e prevenção da saúde a trabalhadores e gestantes, em 1950 (Brasil, 2011); a criação do Ministério da Saúde, no ano de 1953, e a reorganização dos serviços do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1956. A saúde pública tinha foco na prevenção de doenças transmissíveis, além de ser atrelada à previdência, específica para os contribuintes e dependentes (Oliveira, 2012).

Vale ressaltar que devido ao avanço industrial e ao aumento da classe operária ocorrido nessa época, o Estado passou a não conseguir atender ao contingente assistido pelo sistema de saúde. Nesse cenário configura-se o modelo médico-assistencial-privatista que se fortalece e torna-se hegemônico de meados dos anos sessenta a meados

dos anos oitenta, o modelo hospitalocêntrico, tendo o hospital como referência de cuidado, passa a vigorar (Oliveira, 2012; Andrade, 2007).

Nos primeiros anos da década de sessenta aconteceram a instituição do Código Nacional de Saúde, em 1961 e, em 1963, ocorreu a III Conferência Nacional da Saúde com a proposta inicial de descentralização da saúde (Brasil, 2011). Nessa década, especialmente após o golpe militar em 1964, houve um evidente retrocesso na saúde pública, refletindo, especialmente, nas camadas menos favorecidas. A iniciativa privada de cuidados à saúde adquire franca expansão nessa época. Assim, pode-se perceber que durante o período da Ditadura Militar tem-se uma evidente controvérsia: por um lado as pessoas não tinham acesso universal à saúde e, por outro, o governo financiava uma rede privada de hospitais no país.

Em 1967 ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde que buscou discutir sobre os recursos humanos necessários às demandas de saúde no País (Brasil, 2011). Já em 1968 as IAPs se unificaram com a fundação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Tal iniciativa expandiu os benefícios para todos os trabalhadores, dos meios urbanos e rurais. A abrangência do sistema gerou muitos agravos, dentre eles a superlotação dos hospitais, o retorno de doenças já erradicadas e a insatisfação geral (Oliveira, 2012).

Na década de setenta aconteceram importantes eventos que começaram a laçar luzes para novos rumos da saúde pública. Em 1974 foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), cuja finalidade visou a redistribuição de recursos para o investimento nos hospitais. No ano de 1975 aconteceu V Conferência Nacional de Saúde, com proposta de elaboração de uma Política Nacional de Saúde, implementação do Sistema Nacional de Saúde, Programa de Saúde Materno-Infantil e do Sistema Nacional de Vigilância (Brasil, 2011).

No ano de 1977 pela Lei n.º 6.439, foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) que conjuntamente à Constituição de 1967-1969 e à Lei n.º 6.229, regulamentaram o sistema de saúde que vigorou nos anos setenta e lançou bases para a atenção médica privatista, hegemônica nos anos oitenta (Andrade, 2007).

Ainda em 1977, ocorreu a VI Conferência Nacional de Saúde com propostas de controle das grandes endemias e interiorização dos serviços, além disso, nesse mesmo ano, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social que buscou coordenar todas as ações médico-assistenciais da Previdência Social (Oliveira, 2012).

Ademais, tal década é marcada pela Conferência Internacional da Assistência Primária à Saúde, ocorrida em 1978, em Alma Ata, organizada pela Organização Mundial da Saúde, como já citado em momentos anteriores. Dentre as muitas e importantes discussões propostas em tal conferência estão: a participação comunitária, a participação entre os diferentes setores da sociedade para o cuidado à saúde e a forte oposição à privatização do cuidado (Oliveira, 2012). Além dessas fundamentais propostas, a conferência buscou reafirmar e rediscutir o conceito de saúde já exposto na Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946. De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978, p. 01):

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde – estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do setor da saúde, a ação de muitos outros setores sociais e econômicos.

Os anos oitenta, com o processo de redemocratização do país, foram cenário de importantes e impactantes eventos para a saúde pública brasileira. Em 1980 aconteceu a VII Conferência Nacional de Saúde que buscou discutir questões acerca de novas propostas para a saúde pública, bem como a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o Prev-Saúde, que, segundo Andrade (2007), não saiu do papel.

No ano de 1985 os movimentos sociais que reivindicavam democracia, liberdade, acesso à direitos, ganharam muita força e, no caso da saúde, as discussões em prol de sua democratização envolveu trabalhadores, sociedade civil, professores e estudantes, e propôs o movimento denominado Reforma Sanitária que teve como princípio fundamental a saúde como direito de todos.

Foi nesse momento/processo de “resistência democrática” ao governo autoritário, fruto de uma análise crítica da política de saúde hegemônica nas décadas 1960/1970 e início dos anos 1980, que nasceu e desenvolveu o Movimento Sanitário que se consolida em meados da década de 1970 e, progressivamente, politiza a questão da saúde, procurando agrupar a oposição com base em uma proposta reformadora para o setor. Este Movimento amplia sua proposta, evoluindo para um projeto de sistema de saúde em que o princípio central é “saúde: direito de todos e dever do Estado”, envolvendo a universalização, integração, equidade, descentralização, com efetiva participação do estado (Andrade, 2007, p. 35, grifos do autor).

No ano de 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde que, pela primeira vez, contou com a presença de técnicos e usuários que aprovaram unanimemente a universalização da saúde. Foi nesse contexto que ficaram delineados os princípios norteadores para o vindouro Sistema Único de Saúde (Andrade, 2007; Oliveira, 2012).

Além disso, a VIII Conferência redefiniu o conceito de saúde que deveria orientar o cuidado à saúde no país. Para tanto, saúde passou a não tratar apenas da ausência de doença, ou como completo bem-estar biopsicossocial, como proposto pela Organização Mundial da Saúde, em 1978. Saúde, portanto, passou a ser considerada como um conjunto de elementos que interfere nas condições de vida das pessoas. Assim, de acordo com o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986, p. 04):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Em 1987 foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que se configurou como uma ponte para o Sistema Único de Saúde (Oliveira, 2012). No ano de 1988 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil e o SUS - Sistema Único de Saúde foi instituído. Trata-se, portanto, de uma política de Estado e é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, e foi criado pautado na promoção da justiça social e na superação das desigualdades da assistência à saúde (Brasil, 2011).

Para compreender o Sistema Único de Saúde no que diz respeito às suas definições básicas, objetivos, princípios e diretrizes é necessário recorrer a três importantes documentos: a Constituição Federal de 1988, em especial os artigos 193 ao 200, que tratam sobre a saúde; a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e a Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Para tanto as discussões a seguir farão menção a tais documentos.

7.2 O SUS: direito do cidadão e dever do Estado

O Sistema Único de Saúde foi um importante projeto da sociedade. O grande avanço de sua proposta é a sua abrangência para todos os cidadãos como um direito. Antes do SUS, o cuidado à saúde era fragmentado. Durante muitas décadas as pessoas que tinham acesso às práticas de cuidado eram aquelas que podiam custear.

O SUS é fruto das lutas e reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária. Se instituiu a partir da Constituição Federal de 1988 e se consolidou pelas leis n.º 8.080 e n.º 8.142. A característica mais essencial desse sistema é considerar constitucionalmente a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever do Estado (Carvalho, 2013). Com o intuito de melhor compreender o SUS, torna-se importante conhecer a sessão da Constituição Federal que se refere à saúde. A sessão II da Constituição é constituída por cinco artigos, do 196º ao 200º.

O artigo 196 estabelece a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, apresenta ainda como deve ser garantida a amplitude das ações e serviços que devem proporcionar a sua promoção, proteção e recuperação.

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

O artigo 197, por sua vez, considera a saúde como relevância pública, além de dispor sobre a regulamentação, fiscalização, controle e execução.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O artigo 198, o mais extenso de todos, composto por seis parágrafos é, segundo Andrade (2007, p. 40), “o artigo que cria o SUS”. Ele trata das ações e serviços que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que compõe o Sistema Único de Saúde e estabelece as suas diretrizes.

Para além disso, o artigo trata dos financiamentos que competem à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Aborda também acerca da admissão, regime jurídico, piso salarial, planos de carreira e a regulamentação das atividades de

profissionais, especificamente de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, além de expor os critérios para a perda do cargo, caso tais profissionais não cumpram os requisitos específicos para a execução das funções.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

O artigo subsequente garante à iniciativa privada o cuidado à saúde. Assegura ainda às instituições privadas e filantrópicas a participação complementar ao SUS. O artigo não somente veta recursos públicos às instituições privadas, como também a participação de organizações e capital estrangeiro na assistência à saúde. O artigo estabelece ainda os requisitos e condições para os procedimentos que se valem de órgãos, tecidos e substâncias humanas, vetando todo tipo de comercialização.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Por fim, o artigo 200 estabelece as atribuições que competem ao SUS.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I– controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II– executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III– ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV– participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V– incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI– fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII– participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII– colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Como ressalta Andrade (2007), depois que a Constituição Federal foi promulgada, iniciaram-se as formulações das Constituições Estaduais e das Leis Orgânicas Municipais, já com os princípios para o setor de saúde embasados na Constituição. A prioridade desse processo, no entanto, foi a regulamentação do Sistema Único de Saúde no âmbito da União. Assim, em setembro e dezembro de 1990 foram criadas as Leis n.º 8.080 e n.º 8.142, respectivamente, que juntas formam a Lei Orgânica da Saúde – LOS e vêm disciplinar legalmente o que consta na Constituição acerca do direito, proteção e defesa da saúde. Após a regulamentação de tais leis consideradas como infraconstitucionais, são criadas as Normas Operacionais de Assistências – NOAS, compostas por um conjunto de Leis, Decretos e Normas Operacionais.

A Lei n.º 8.080/90, como mencionado anteriormente, trata acerca da descentralização do SUS, promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços. A Lei n.º 8.142, por sua vez, como ressalta Andrade (2007) advém de muitos debates e negociações entre os construtores do SUS, além de reparar alguns vetos da Lei 8.080/90, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, além de tratar sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na respectiva área.

Em seus artigos 2º e 3º da Lei n.º 8.080/90 é possível encontrar uma definição bastante abrangente acerca da saúde. Definição sobre a qual o Sistema Único de Saúde irá se ancorar e estabelecer os direcionamentos para o cuidado. O artigo 2º resgata a Constituição Federal e endossa a saúde como sendo um direito do ser humano, tendo o Estado o dever de prover as condições para o seu pleno exercício. Vale ressaltar que no parágrafo segundo deste mesmo artigo fica evidenciado que o dever do Estado não desresponsabiliza as pessoas, as famílias, as empresas e a sociedade.

O artigo 3º, alterado pela Lei n.º 12.864 de 2013²⁵, elenca os fatores determinantes e condicionantes para que haja saúde:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

²⁵ Altera o caput do art. 3º da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.

Assim o conceito de saúde a partir das propostas do Sistema Único de Saúde reafirma as ideias já expostas no texto da VIII Conferência Nacional de Saúde, que amplia os sentidos anteriormente dados à saúde e passa a pensá-la como condições para uma vida com qualidade.

Sobre os objetivos do SUS, a Lei n.º 8.080 traz em seu artigo 5º a seguinte definição:

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; (§ 1º do art. 2º: o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação).
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Ressalta-se ainda a importância do artigo 7º que vem tratar dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde para as ações e serviços de saúde públicos e privados, conveniados ou contratados, que integram o SUS. O artigo trata sobre: a universalidade do acesso; a integralidade da assistência; a preservação da autonomia e direito à informação aos pacientes; a igualdade na assistência; a divulgação de informações acerca do serviço, com o intuito de informar ao usuário; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa; a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos na prestação de serviços de assistência à saúde; a resolução de serviços em todos os níveis de assistência; a organização dos serviços públicos e a organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.

De acordo com Ferraz et al. (2012), com o intuito de fortalecer os compromissos contidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, os Ministérios da Saúde e da Educação propuseram incitativas que visavam à reorientação da formação dos profissionais, amparando-se nos aspectos teórico-metodológicos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Humanização, que serão logo abaixo descritas. Tais iniciativas, segundo Albuquerque

(2018), tiveram como objetivo sanar a incoerência existente entre o perfil do profissional que atua no Sistema Único de Saúde e o perfil dos estudantes que estão se graduando nas Instituições de Ensino Superior.

Assim, com base nessa parceria entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde foram propostas ações estruturantes interministeriais com objetivo de reordenar a formação na área da saúde, integrando a educação e a prática de trabalho em saúde. Dentre tais ações destaca-se: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Telessaúde Brasil, dentre outras iniciativas (Ferraz et al., 2012).

Apesar dos avanços alcançados ao longo dos anos pelo Sistema Único de Saúde, ainda existem muitas críticas no que concerne aos aspectos formativos centrados, de acordo com os críticos em educação na saúde, na hegemonia do modelo biomédico. Nesse sentido, os autores apontam para a necessidade de se pensar em estratégias que superem a lógica biologizante, que centrem apenas na doença, para efetivar possibilidades de atuação que levem em consideração o seu humano na sua integralidade (Ferraz et al., 2012).

Tendo sido apresentado todo o contexto que embasou o Sistema Único de Saúde no Brasil e os principais princípios e características, as discussões que se seguem giram em torno de dois fundamentais actantes que compõem a rede da humanização do cuidado: a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

7.3 A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde

Segundo Canuto et al. (2007), o discurso e as práticas em torno da humanização encontram-se presentes há muitos anos nas propostas do Ministério da Saúde. Inicialmente com iniciativas vinculadas a ações pontuais e independentes, especialmente na área materno-infantil.

Como visto no capítulo anterior, de 1999 a 2002, o Ministério da Saúde criou e implementou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o intuito de provocar melhorias na qualidade da assistência. No entanto, tal iniciativa tinha a especificidade do trabalho em instituições hospitalares. No ano de 2003, tal

programa foi revisto e foi, então, criada a Política Nacional de Humanização (Canuto et al., 2007).

Para compreender as ideias preliminares da PNH valemo-nos das proposições do Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS (Ministério da Saúde, 2010). A humanização por meio da PNH deixa de ser vista como programa e torna-se uma política transversal que atravessa todo o sistema de saúde. Nessa perspectiva, a humanização no Sistema Único de Saúde adquire sentidos e propósitos mais abrangentes. De acordo com o Ministério da Saúde (2010) a humanização pode ser entendida como: valorização de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores; Incentivo da autonomia e protagonismo de todos esses sujeitos e dos coletivos que eles constituem; ampliação da corresponsabilidade dos sujeitos; Fomento de vínculos solidários e coletivos na gestão; Relevância e mapeamento das demandas coletivas e subjetivas de saúde; Defesa e valorização da diversidade dos povos; Modificação nos modos de atenção e gestão, recaindo sobre a valorização do trabalhador e nas relações de trabalho; propostas para que o sistema de saúde atue com maior acolhimento, mais agilidade e maior resolubilidade.

Conforme relatam Canuto et al. (2007, p. 1069), acerca da Política Nacional de Humanização:

A Humanização é então concebida não mais como um programa, mas como uma política que perpassa as diferentes ações e instâncias do SUS. Institucionalmente está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e organizada com princípios norteadores, propósitos, objetivos e dispositivos, que dão direção e materialidade à humanização do SUS. A PNH aponta dois princípios norteadores na sua construção: 1. Inseparabilidade entre a Atenção e a Gestão, entre clínica e política, de modo que garanta uma coerência entre assistência e a política e planejamento em saúde, compreendidas como práticas interdependentes e complementares; 2. Transversalidade, compreendida como o atravessar de diferentes concepções e práticas de humanização nas ações e instâncias do SUS, ampliando a comunicação inter e intragrupos, favorecendo a grupalidade para a mudança nas práticas de saúde.

Como citado pelos autores, a Política Nacional de Humanização se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos; a seguir apresentaremos esses quatro fundamentos. Embasando-se em pilares metodológicos que indicam um modo de fazer dos princípios do SUS, a PNH considera como princípios fundamentais: a transversalidade; a indissociabilidade entre atuação e gestão; e, por fim, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos envolvidos. Segundo o Ministério da

Saúde (2004, 2010, 2013), a PNH deve estar inserida em todas as políticas e programas do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013, p. 06), “transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável”. Dessa maneira, a transversalidade, segundo Passos (2009), é um modo de fazer que altere o padrão comunicacional das instituições, privilegiando a lateralização da comunicação e quebrando com o tradicional e hegemônico modelo verticalizado. Esse novo modo faz circular a palavra, os sentidos e o poder.

O segundo princípio proposto é a indissociabilidade. Este, por sua vez, defende a inseparabilidade entre o modo de cuidar, o modo de atender e o modo de gerir os processos de trabalho. A gestão interfere diretamente na atenção à saúde. Nesse sentido, usuários e trabalhadores, segundo o Ministério da Saúde (2013), devem conhecer e participar ativamente dos processos decisórios nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. O cuidado, dessa mesma forma, não é uma responsabilidade exclusiva das equipes de trabalho, cabendo ao usuário uma posição protagonista em relação à sua saúde.

Por fim, o terceiro princípio – o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos envolvidos – propõe que toda e qualquer transformação na gestão e atenção à saúde se faz mais concreta se todos os envolvidos tiverem uma participação ativa nesse processo. “Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (Ministério da Saúde, 2013, p. 07).

De acordo com Passos (2009), o Sistema Único de Saúde se expressa por meio de variadas proposições como os textos da lei, das portarias e das normativas. No entanto, segundo o autor, a missão do SUS deve, necessariamente, considerar o plano da experiência concreta, os planos concretos dos modos de fazer. Nesse sentido, o autor complementa que os princípios do SUS se encarnam em experiências concretas, a partir de sujeitos concretos que transformam a sua própria existência em sintonia com a transformação das práticas dos serviços. Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir humanização como a valorização dos processos de mudança que são, em um só tempo, mudanças das práticas e mudanças dos territórios existenciais – mudanças de subjetividades.

Com relação ao método utilizado, segundo o Ministério da Saúde (2010), o caminho da PNH vai no sentido da inclusão de todos os envolvidos no processo de

produção de saúde. Assim, pode-se falar de um método tríplice inclusão que segundo o documento do Ministério da Saúde (2010, p. 10) refere-se à:

- inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas.
- inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises.
- inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer: fomento das redes.

O terceiro pilar estrutural da Política Nacional de Humanização refere-se às diretrizes que norteiam o seu trabalho, atuando a partir de orientações clínicas, éticas e políticas. Para compreender melhor tais diretrizes, faz-se necessário compreender os principais conceitos defendidos pela PNH, a saber: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários (Ministério da Saúde, 2013). A seguir será apresentada uma breve explanação de cada uma dessas diretrizes.

O acolhimento segundo Ministério da Saúde (2013), refere-se ao reconhecimento da legitimidade e singularidade do indivíduo e suas necessidades de saúde. Dessa maneira, deve ser construído como prática coletiva, com a finalidade de promover relações de confiança, compromisso e vínculo entre os atores envolvidos. Segundo o Glossário Humaniza SUS contido em Ministério da Saúde (2010), o acolhimento refere-se à:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (p. 51).

A cogestão “expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão” (Ministério da Saúde, 2013, p. 08). Os processos de trabalho dos serviços de saúde foram tradicionalmente organizados pautados no saber das diferentes profissões e categorias e não com um objetivo comum.

A ideia da gestão participativa apresenta-se como uma importante ferramenta para propor novas formas de gerir, bem como no desenvolvimento das atividades de trabalho

em saúde de maneira geral. “A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde” (Ministério da Saúde, 2010, p. 25). Nesse sentido, tem-se a inclusão de trabalhadores, usuários, gestores como corresponsáveis para a realização dos objetivos do cuidado à saúde. Ainda segundo o Ministério da Saúde (2010, p. 25):

O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

A ambiência para a Política Nacional de Humanização se dá pela criação de espaços que promovam o encontro entre as pessoas de maneira saudável, sendo acolhedores e confortáveis. Para além disso, refere-se a espaços que respeitem a privacidade dos usuários (Ministério da Saúde, 2013). A conceituação de ambiência trazida pelo Glossário Humaniza SUS amplia tal compreensão:

Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (Ministério da Saúde, 2010, p. 15).

Como exposto na definição supracitada a ideia de ambiência é muito mais ampla do que os componentes do ambiente físico propriamente dito, mas envolve o ambiente social, cultural e relacional daquele contexto e o seu impacto sobre as pessoas.

A clínica ampliada é uma das diretrizes pautadas nos princípios do SUS. A fim de atender à universalidade, à integralidade e à equidade faz-se necessário uma mudança nos modelos de atenção, cuidado e gestão dos processos de trabalho. Assim, a clínica ampliada rompe com as tradicionais e hegemônicas formas de diagnóstico e tratamento que têm o foco na doença e cujo objetivo é a remissão e cura desta (Ministério da Saúde, 2010).

Pensar a clínica de maneira ampliada implica focar na saúde e no sujeito, preservando a sua autonomia, participação e, especialmente, considerando-o como um

ser biopsicossocial, cujos saberes são de grande importância para o conhecimento de si e para o seu processo de tratamento e cura (Ministério da Saúde, 2010).

Outra importante diretriz da Política Nacional de Humanização diz respeito à valorização do trabalhador. Pensando o profissional da saúde como importante e fundamental ator nesse contexto, a sua valorização faz-se imprescindível. Dessa maneira, essa diretriz propõe a promoção de melhorias nas condições de trabalho, investimento nas qualificações profissionais, a participação dos trabalhadores nos processos decisórios, levando em conta suas experiências e conhecimentos. Ademais é importante que os profissionais participem dos espaços coletivos de gestão (Ministério da Saúde, 2013).

Para além das diretrizes acima citadas, a PNH também visa a defesa dos direitos dos usuários. Considerando que estes atores têm direitos garantidos por lei, os serviços de saúde devem agir com o intuito de salvaguardar tal garantia, desde sua entrada até a sua alta. “Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social” (Ministério da Saúde, 2013, p. 12).

Por fim, explicitamos os dispositivos que formam a estruturação da Política Nacional de Humanização. Tais dispositivos envolvem coletivos e visam promover mudanças nos modos de atenção e gestão dos processos de produção de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2010, p. 10), são eles:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH)
- Colegiado Gestor
- Contrato de Gestão
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial
- Projetos Cogeados de Ambiência
- Acolhimento com Classificação de Riscos
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva
- Projeto Memória do SUS que dá certo

Estes dispositivos são apresentados e detalhados um a um por meio de cartilhas, textos e documentos específicos que podem ser encontrados no site do Ministério da Saúde por meio da busca: Política Nacional de Humanização²⁶.

²⁶ Cf. <http://www.saude.gov.br/humanizasus>

No ano de 2006 o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite, lançam a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pela Portaria MS/GM n.º 675, de 30/3/2006, publicada no DOU, Seção 1, em 31/3/2006. A Carta dispõe e assegura ao cidadão o direito básico de ingresso ao sistema de saúde, públicos ou privados. Tal documento está pautado na Constituição Federal Brasileira, na Lei n.º 8.080/90 e na Lei n.º 8.142/90 e possui seis princípios fundamentais, a saber:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (Ministério da Saúde, 2007, p. 01).

O texto da carta, na explicitação de cada um dos princípios deixa muito clara a responsabilidade de todos os atores (gestores, profissionais de saúde e usuários) no processo de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. A Carta evidencia direitos e deveres de todos os envolvidos, a fim de assegurar um sistema de saúde com mais qualidade. Ademais, em todos os seus princípios fundamentais são explícitos os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade, no cuidado à saúde.

7.4 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

No ano de 2004 por meio da Portaria n.º 198/GM de 13 de fevereiro, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde com o intuito de formar e desenvolver trabalhadores no âmbito da saúde. A portaria, considerando múltiplos fatores que envolvem a necessidade de aproximar a formação da prática em saúde com vias de fortalecer os princípios Sistema Único de Saúde e as ações cotidianas nos serviços de saúde, resolve instituir tal Política.

Mas por que pensar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em um estudo que visa acompanhar o processo formativo de profissionais da saúde ainda na graduação? À primeira vista parece destoante, uma vez que a educação permanente visa o processo formativo de profissionais em atuação. No entanto, já no primeiro artigo da portaria supracitada, no inciso IV do parágrafo único é possível encontrar algumas das

propostas de tal política no que concerne à articulação com a formação ainda nas graduações:

Articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola.

O inciso VI reforça essa abrangência da PNEPS para o processo formativo de estudantes quando coloca o estabelecimento, a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações dos serviços do SUS que incluem docentes e estudantes da área da saúde.

No texto da Portaria n.º 198/GM, em seu anexo II, são apresentadas as Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e em seus primeiros parágrafos é estabelecido o principal objetivo do Ministério da Saúde ao propor a Política Nacional de Educação Permanente:

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: **mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação**; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; **produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação**, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (Brasil, 2004, p. 8, grifos nosso).

Destaca-se ainda que dentre as linhas de apoio aos Projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, encontra-se uma frente específica no que se refere ao trabalho dentro das Instituições de Ensino Superior intitulada: Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde, cujos enfoques são:

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em

equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS (Brasil, 2004, p. 25).

Em 20 de agosto de 2007 foi promulgada a Portaria MG/MS n.º 1.996 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Tal marco legal, de acordo com Ministério da Saúde (2018, p. 13): “constituiu grande avanço ao fomentar a condução regional da política e a participação interinstitucional, por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), além de definir orçamento para projetos e ações, estabelecendo critérios de alocação transparentes e explícitos”.

Em 2017 a Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2004, p. 37 e os artigos 1º a 16, 20 a 22 da Portaria n.º 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de agosto de 2007, p. 34; foram revogados pela Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde.

O anexo XL da Portaria de Consolidação é destinado à Política Nacional de Educação Permanente. Trata-se de um compilado atualizado das ideias trazidas nas duas portarias anteriormente destacadas, bem como outras regulamentações que tratam de questões mais específicas dentro da Política. O anexo anteriormente citado “Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor”, presente na Portaria n.º 198/GM/MS, permaneceu da mesma maneira na referida Portaria de Consolidação.

No ano de 2017, ano que a Portaria MG/MS n.º 1.996 completou dez anos a SGTES/MS, por meio do DEGES, e em parceria com outros órgãos do Ministério da Saúde, iniciou um processo de discussão acerca da Educação Permanente em Saúde e verificação da necessidade de atualização da referida Portaria. Nesse sentido, foi realizada no dia 18 de maio daquele ano, em Brasília, uma primeira reunião, na qual ficou acordada a realização de oficinas regionais com a participação de Estados e Municípios, a fim de avaliar a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde nos estados. Descrevendo as propostas iniciais para os debates acerca Educação Permanente em Saúde, Haroldo Pontes, naquela ocasião Assessor Técnico do CONASS, afirma:

No primeiro semestre de 2017, Cláudia Brandão, Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, apresentou uma proposta, ao mesmo tempo, necessária e ousada. Necessária porque tem sido, nos últimos anos, difícil pautar e priorizar a discussão e as ações de Educação em Saúde e, conseqüentemente, a Educação Permanente em Saúde. Ousada, porque propunha um debate em um momento difícil, quando toda e qualquer iniciativa tende a gerar desconfiança.

A proposta apresentada veio cercada de todos os necessários cuidados: participação de todos e compromisso de encaminhar o resultado do processo. Assim, no dia 18 de maio de 2017, no auditório da OPAS em Brasília, foi realizada a primeira Reunião Técnica Preparatória para a atualização da PNEPS, com o objetivo de deliberar sobre o processo. Participaram deste evento o DEGES/MS, o CONASS, o CONASEMS, o CNS, Escolas de Saúde Pública e Escolas Técnicas do SUS. Ao final deliberaram pela realização de oficinas regionais, com aproximadamente 10 participantes por estado (Ministério da Saúde, 2018, p. 22).

Os dados preliminares das oficinas, debates e resultados até aquela ocasião encontrados no sentido do fortalecimento da Política Nacional de Educação para a Saúde, podem ser encontrados no documento do ano de 2018 do Ministério da Saúde intitulado: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Segundo o documento, (p. 10):

Sem dúvida, a PNEPS promoveu avanços na área da educação na saúde, requer, no entanto, esforços de articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, numa perspectiva dialógica e compartilhada. A aposta é de fortalecer a EPS como norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o processo de trabalho e a construção de atividades de aprendizagem colaborativa e significativa, favorecendo o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem, para o alcance dos objetivos estratégicos do SUS.

Com base nisso, o referido documento apresenta as principais ações desenvolvidas pela SGTES nos dois anos anteriores a sua publicação (2016 e 2017) no que se refere às discussões e debates para a atualização da Política Nacional de Educação Permanente. São essas ações:

- Incentivo à implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, por meio do estabelecimento dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES);
- Lançamento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS);
- Realização do 1º Laboratório de Inovação em Educação na Saúde da Região das Américas e;
- Formalização da incorporação do tema da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) na agenda da SGTES (Ministério da Saúde, 2018, p. 10-11).

Ademais, o documento aponta que não há necessidade de uma atualização substancial na PNEPS, apenas algumas questões de nomenclaturas constantes na Portaria, mas nada que se refira a conteúdo. No entanto, ressalta-se a importância no avanço da implementação da política, na busca de mantê-la como política de Estado tão significativa para o Sistema Único de Saúde, no sentido de formar e qualificar os profissionais e, em consequente, promover uma melhoria nos serviços prestados.

7.5 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização sob o olhar dos entrevistados

Tendo apresentado as respectivas políticas faz-se importante trazer a visão dos entrevistados acerca das mesmas, bem como a maneira como são trabalhadas no decorrer das formações de Enfermagem e Psicologia, segundo as suas percepções. De acordo com os relatos, as políticas (PNH e PNEPS) são trabalhadas em disciplinas específicas como: Políticas Públicas e Saúde Coletiva e nos estágios.

Como eu te disse, nós discutimos várias políticas nessa disciplina (refere-se à Políticas Públicas e Saúde Coletiva I). Também é contemplada a Política Nacional de Educação Permanente, eu apresento a política para os alunos e nós temos uma disciplina que é bem pedagógica, que é a Tecnologia de Ensino Aplicada à Enfermagem, onde a professora também apresenta a importância da educação permanente para os alunos e eu volto em Estágios Supervisionados I e II, que são disciplinas do nono e décimo período, onde eu ofereço para os alunos que eles apliquem um planejamento estratégico situacional, em que eles é definem o problema, na verdade o problema emerge diante da atuação deles enquanto acadêmicos e, a partir desse problemas, eles formulam, eles podem formular um plano de ação (Coordenador 2).

As políticas do SUS a gente viu primeiro os princípios do SUS. Esses princípios estão muito relacionados com a humanização de integralidade, de equidade... Todos eles perpassam pela humanização do cuidado, a gente trabalhou isso em Políticas Públicas. Essas políticas foram muito esclarecedoras, apesar de já conhecer um pouco por causa do decorrer do curso, a educação permanente a gente viu a importância do profissional sempre se atualizar. A gente como gerente, como supervisor de uma equipe precisa também educar a nossa equipe quanto a isso, quanto à educação permanente, quanto à busca de informação, se atualizar sempre. A política de humanização, a gente viu também em todas as políticas do SUS. Como eu já falei é uma política mais voltada para o paciente. Além do paciente, os usuários, gestores, nós os profissionais... É uma política de corresponsabilidade, uma política que todos precisam estar envolvidos. A gente viu com certeza (Estudante 12).

Por exemplo, quando eu vou falar um pouco da política, de partes de alguns quesitos da política, eu cito como experiência o hospital onde eu trabalho para que possam entender a Política Nacional deve-se haver condutas ou normas e procedimentos reais, palpáveis, por exemplo, o horário estendido de visita. No hospital onde eu trabalho o horário de visita é de 11h da manhã às 20h. Isso é uma exigência da Política Nacional, então eu

começo a falar da minha experiência para tentar atender, para que eles possam enxergar um pouco do que é a Política Nacional de Humanização (Professor 9).

A gente tem a questão da educação permanente muito presente tanto que a gente como acadêmico dentro do campo de estágio pratica, uma das nossas funções é praticar a educação permanente, então a gente faz palestras, minicursos e sempre quando tem alguma atualização de procedimento ou de política nova, quando a gente tá inserido no campo e eles dão abertura a gente faz essas capacitações, porque a gente acaba funcionando ali como uma pecinha nova que vai ajudar (risos) e também é questão da política de humanização, todos os professores no decorrer do curso eles tentam, mesmo que não sejam próprio da matéria deles, eles tentam inserir pra que a gente não se torne tão mecânico, tão básico né?, na assistência (Estudante 10).

Vemos na fala dos entrevistados, assim como já discutido em momentos anteriores, que tanto a Política Nacional de Humanização, quanto a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde são trabalhadas no decorrer dos cursos de maneira transversal, envolvendo disciplinas desde os primeiros períodos e estágios. Ressalta-se ainda a importância da fala do Professor 9 que evidencia a exposição da sua realidade prática no decorrer das aulas, para que os alunos tenham vivência e aprendizados concretos.

Fica também evidente na fala dos entrevistados a importância de uma formação que leve em consideração a Política Nacional de Humanização, uma vez que na prática faz-se imprescindível tais conhecimentos a fim de se oferecer um atendimento de qualidade.

Olha a Política (refere-se à PHN) em si é de extrema relevância. Como eu disse nós discutimos ela de maneira transversal, principalmente nas disciplinas práticas mas eu gostaria de ter mais tempo pra discutir com maior profundidade, principalmente porque quando você fala de humanização, quando você fala de cuidados, quando você fala de acolhimento, infelizmente é a realidade, eu falo de uma percepção minha, que quando eu vou ao encontro de algumas instituições, eu percebo alguns profissionais que já estão há alguns anos na prática, estão longe dessa humanização [...]. Muitos profissionais que estão inseridos no Sistema Único de Saúde não sabem o que o sistema se propõem. Então, assim, se enquanto você como usuário, enquanto prestador de serviço seria dentro de uma instituição hospitalar, uma unidade básica de saúde, num pronto socorro, se você não sabe quais são os princípios de humanização, descentralização, equidade, integralidade, participação popular, fica muito difícil de você oferecer uma assistência de qualidade. Então eu acredito que a Política ela tem que ser discutida com mais profundidade aqui na academia. [...] Eu acredito que seja interessante também trazer esses profissionais de saúde [...]. Eu também não vou criticar porque existem várias barreiras nas unidades de saúde, burocratização, falta de verba e etc [...] (Coordenador 2).

Inicialmente isso foi falado na teoria. A política foi trabalhada na teoria, na nossa mente, nosso comportamento. A partir do estágio gente começou a vivenciar essa política e é cobrado, inclusive é cobrado por nossos preceptores, que a gente seja um profissional

humanizado, que a gente considere o paciente naquele momento. No estágio a gente percebe muito isso, essa humanização... É muito bom praticar essa humanização, a gente cria um vínculo com o paciente e fica mais fácil o cuidado, ele passa a entender o que está acontecendo. Sempre que um paciente, por exemplo, fala que tem alergia de algum medicamento, a gente percebe que ele teve contato com profissional que orientou ele sobre falar, a importância de se falar e a gente também tem que ser bom ouvinte. A gente tem que considerar, a gente vê muito isso no estágio, a gente tem que considerar o que o paciente está falando, as informações que ele passa (Estudante 12).

De acordo com o relato de um dos professores, a educação permanente também é muito trabalhada, especialmente, pela sua prática no hospital em que atua como profissional da Enfermagem. Nesse sentido busca-se trazer os exemplos práticos do cotidiano de trabalho para que os alunos possam aprender a partir daquelas vivências.

Na disciplina de doença infecciosa eu falo de educação permanente então, eu acredito que mais matérias devem falar porque é um tema que a gente trabalha muito na Enfermagem que é a questão da educação. O enfermeiro ele é antes de qualquer coisa, ele é o educador, ele gerencia uma equipe, ele tem que educar essa equipe, tem que educar o paciente, o familiar, então isso tá muito presente. Eu trabalhei por sete anos com a educação permanente lá no hospital, então é uma coisa que eu tenho bastante facilidade e eu trabalho na minha matéria [...], não só a questão da educação permanente como a educação continuada. [...] Eu cito muitos exemplos para os alunos de como fazer isso, porque às vezes as pessoas acham difícil e principalmente na Enfermagem, principalmente pessoas que têm muito tempo de carreira elas ficam um pouco resistentes, principalmente os técnicos de Enfermagem, às vezes eles ficam mais resistentes à questão do ensino, de trazer coisas novas e aí eu trabalhei com pessoas que estão com vinte, trinta anos lá no hospital, então, foi uma experiência que eu sempre passo para os meninos de como fazer essa abordagem, como motivar os profissionais pra que isso seja mais fácil de lidar, eu acho que é isso (Professor 8).

Assim, como destacado no último relato do Coordenador 2, um dos professores evidencia que na prática de trabalho muitas vezes tais políticas (PNH e PNEPS) não são cumpridas da maneira como são preconizadas. Ainda há uma distância entre a teoria e a prática de trabalho.

Além de professora eu sou enfermeira e então uma coisa é a teoria, você vê as políticas e tá lindo, em um ambiente acolhedor, cores... Na teoria as políticas são maravilhosas, tanto na de educação, como a de humanização. Mas na prática, porque eu posso associar os dois, na prática ela não acontecem. Ainda a gente tem as filas de espera, nós temos é... a gente não tem a demanda espontânea [...]. (Professor 2).

[...] Tá muito longe do real, apesar dos avanços que a gente já teve é ainda muito longe de trabalhar conforme está na legislação (Professor 2).

É... aliás, assim, o que eu vejo mesmo é uma boa evolução né?, o andamento em relação a se trabalhar, a colocar na prática a Política Nacional de Humanização. No papel ela é muito bonita né? Ela tem que acontecer mesmo e acho que as faculdades estão

investindo nessa formação humanizada profissional, apesar de que isso aí deveria ser nato né? tratar o humano como humano. Isso aí já deveria ser uma coisa que nem deveria ser trabalhada. Mas tendo em vista tudo que acontece na área de saúde, em todos os campos da área da saúde, eu acho que sim, uma pauta muito relevante e que tem muitos avanços aí pela frente (Professor 2).

Um importante aspecto apresentado é a necessidade de se falar mais sobre a Política Nacional de Humanização na graduação de Enfermagem e uma capacitação até mesmo para os professores, pois percebe-se que alguns deles, por vezes, apresentam certa dificuldade em abordar a temática.

Acho que a Política Nacional de Humanização deveria ter um destaque maior na graduação de Enfermagem, entendeu? Acho que até mesmo uma capacitação dos professores pra poder abordar esse tema, porque a gente percebe certa dificuldade dos professores da faculdade a falarem de humanização, de ter um conceito definido, de ter até mesmo uma ideia do que é a humanização (Estudante 2).

Discussão semelhante é apresentada pelo professor 7 que evidencia que muitas vezes há um déficit no processo formativo no que diz respeito à humanização do cuidado, porque os próprios professores não estão preparados para lidarem com a temática. O motivo para isso, segundo o professor, pauta-se no fato de que por vezes os próprios professores não sabem sobre e, conseqüentemente, isso irá refletir na formação e prática profissional dos alunos. Portanto, sugere-se que haja um trabalho com os professores nesse sentido.

Eu acho que seria necessário inclusive na formação de nós professores, a gente ter acesso a esse tipo de informação antes mesmo de ser professor. Então talvez o que a gente propõe como ensino seja a extensão do que a gente próprio aprendeu, então acaba que a gente não sabe lidar com o processo de humanização na formação porque a gente não teve, então acaba por a gente influenciar ou dar seguimento a algo que a gente mesmo enquanto formadores na nossa... é... no nosso processo de formação, que nós tivemos. Então eu acho que nossa falha talvez e se é que a gente pode dizer que é uma falha, não se dedicar tão mais assiduamente a esse tipo de atividade, que é relevante até porque todos esses meninos eles vão sair como uma e precisaram desenvolver exatamente uma habilidade que vamos dizer assim é a primária da atuação do profissional né? que é o processo de que eu entendo que seria esse processo de humanização. Mas aí eu acho que a penalidade não poderia ser colocada sobretudo assim no sentido de punição porque eu acho que também há uma falha no nosso processo formativo anterior. Então não é que dar brecha pra gente às vezes justificar né? de que às vezes a gente não se propõe a tanto porque de algum lugar a gente realmente não sabe, e eu acho que é isso (Professor 7).

É possível identificar na fala dos entrevistados que ambas as políticas são trabalhadas no decorrer das graduações. Entretanto, como evidenciado nos últimos

fragmentos carece ainda de uma formação mais específica dos professores para que a formação nesse sentido seja mais abrangente e aprofundada. Um ponto que pode ir ao encontro da fala do último professor refere-se ao fato de que todos os professores se formaram na primeira década dos anos 2000, fato este que pode configurar a ausência de contato com tais políticas durante as suas formações, uma vez que ambas datam do início dos anos 2000. No entanto, essa não é uma justificativa plausível, por se tratar de políticas tão importantes e da real necessidade de o corpo docente estar sempre se atualizando.

A seguir, embasado nessas explanações, apresentaremos algumas reflexões e problematizações acerca do Sistema Único de Saúde, das políticas tratadas e sobre o processo formativo em saúde na contemporaneidade, com especial atenção à realidade pandêmica.

7.6 Algumas problematizações e reflexões sobre o pós-pandemia

Com base no exposto levantamos algumas problematizações, bem como trouxemos as discussões acerca do Sistema Único de Saúde para o momento pandêmico que o mundo está vivenciando. Vimos, a partir do percurso histórico apresentado, que a saúde pública no Brasil é marcada por incontáveis processos de reestruturação. Nessa trajetória muitos avanços aconteceram, muitos desafios foram superados, outros persistiram e novos vêm surgindo, além das ameaças que se impõem. Nesses mais de 30 anos do SUS as vitórias alcançadas não foram suficientes para garantir o direito à saúde de forma universal, integral e equânime a todos os cidadãos. Assim, muitos desafios ainda precisam ser transpostos para que o SUS, como idealizado durante a Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde seja totalmente implementado (Paim, 2018; Souza et al., 2019).

Falar de humanização do cuidado à saúde em momento de pandemia que estamos atravessando, faz-se muito oportuno e necessário. O Sistema Único de Saúde, exemplo de sistema público de saúde para o resto do mundo tem sofrido muitas ameaças dos últimos governos, especialmente, uma evidente falta de prioridade, subfinanciamento e expressivos ataques pelas políticas do capital. Vivenciamos o desmonte das políticas públicas, dentre as quais o SUS está fortemente inserido.

Tudo isso, como ressalta Souza et al. (2019) é o resultado das disputas entre duas principais frentes que propõem diferentes projetos no que se refere ao setor da saúde: de um lado temos o projeto democrático-popular no qual o Movimento da Reforma Sanitária

Brasileira está inserido e, de outro lado o projeto liberal-conservador em que o setor privado em prol dos interesses do capital se vincula. “Com seus estratagemas, o setor privado tem disputado com êxito os recursos financeiros, materiais e simbólicos que a sociedade brasileira destina aos serviços de saúde” (Souza et al., 2019, p. 2785).

A lógica financeira e o poder do capital reconfiguram o papel do Estado que reduz a prestação de serviços e a garantia de direitos à população, destinando assim, mais recursos à multiplicação de riquezas. Nesse cenário, políticas que visam a oferta de serviços à população, como é o caso do SUS, tornam-se desinteressantes, perdem investimentos e força. “As mudanças almejadas pelos capitalistas são de tal magnitude que podem ser caracterizadas como um ataque frontal ao regime político previsto pela Constituição de 1988” (Souza et al., 2019, p. 1786).

A partir dessas ponderações surge uma questão bastante problemática que sempre está presente nos debates acerca do Sistema Único de Saúde: O SUS vai acabar? Paim (2018) e Souza et al. (2019) trazem contribuições interessantes a esse respeito. Paim (2018) evidencia que mesmo com os ataques e estratégias de enfraquecimento do SUS, a sua extinção não é razoável uma vez que existem muitos interesses das classes dominantes e do próprio Estado envolvidos. Nesse sentido, Souza et al. (2019, p. 2786) destacam: “Sob a égide da financeirização, o interesse do capital na conjuntura das duas últimas décadas tem sido muito claro: a captação pela ciranda financeira de parcelas ainda maiores dos recursos socialmente produzidos”, como é o caso da previdência social, saúde e educação, alvos de investidores. Seguindo nesse raciocínio Paim (2018, p. 1727, grifos do autor) acrescenta:

Mesmo admitindo que não haja política irreversível, a agenda desses representantes do capital não contempla a extinção do SUS. Pelo contrário, o SUS realmente existente tem sido orgânico aos seus negócios e não há porque matar a galinha dos ovos de ouro. Este *SUS real* que em parte se apresenta como *SUS para pobres* já faz parte do senso comum de gestores, políticos, mídia, profissionais de saúde e, até mesmo, da população.

Voltado fundamentalmente para a parte da população mais pobre que não tem acesso ao mercado e limitado na atuação típica de saúde pública como a prevenção e o controle de riscos, danos e epidemias, trata-se de um SUS reduzido. Assegurando a realização de procedimentos de alto custo para o setor privado, distancia-se do *SUS constitucional* e do *SUS democrático* proposto pela Reforma Sanitária Brasileira.

O ano de 2020 foi emblemático para colocar uma lente de aumento na importância, nas potencialidades e nos problemas do sistema de saúde brasileiro. No

início de 2020 a pandemia do coronavírus já se anunciava vinda de outros países. O SUS rapidamente se organizou para articular as ações de prevenção e combate à COVID-19.

O excessivo número de infectados e dependentes de hospitalização devido ao agravamento gerado pela doença acarretou a superlotação dos hospitais, sobrecarga nos atendimentos e nos leitos. Todos esses fatores, além dos desafios de conter o coronavírus, colocaram os sistemas de saúde em condições bastante delicadas, como foi o caso do renomado sistema inglês *National Health Service* (Serviço Nacional de Saúde) e do próprio Sistema Único de Saúde, que é o maior sistema de saúde pública do mundo (CONASEMS, 2020).

Mesmo com as dificuldades enfrentadas pelo SUS, nos perguntamos: como o Brasil vivenciaria o enfrentamento da COVID-19 com a inexistência de um sistema para todos? De acordo com o site do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS (2020, p. s/n) “Em meio à pandemia do novo Coronavírus, a estrutura robusta de acolhimento do SUS é a melhor carta que o Brasil tem em mãos no combate ao vírus”. Em entrevista ao Instituto Humanitas Unisinos o médico sanitário Reinaldo Felipe Nery Guimarães²⁷ declara: “O SUS é o elemento central no enfrentamento da pandemia entre nós”.

No Brasil muitos esforços foram e estão sendo despendidos na atenção às pessoas infectadas, no respaldo aos profissionais e apoio aos gestores. No entanto, o cotidiano apresenta muitas dificuldades: profissionais da saúde exaustos, falta de recursos em muitos estados e, um elemento de grande agravamento, os discursos e ações negacionistas e anticientíficos apresentados especialmente pelo chefe de Estado. Tudo isso gerou/gera impactos irreversíveis sobre a qualidade do Sistema e o combate do coronavírus.

Como vimos o SUS surge em um contexto de lutas pela diminuição das desigualdades sociais, com a evidente presença da sociedade para a sua constituição. No entanto, como ressaltam Souza, et al. (2019), as forças e o envolvimento político e social que desenvolveram as estratégias para atender o que foi proposto na Constituição de 1988, perderam influência no decorrer dos anos não conseguindo manter a unidade alcançada

²⁷ “Reinaldo Felipe Nery Guimarães é médico sanitário graduado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ e doutor Honoris Causa pela Universidade Federal da Bahia - UFBA. Instituiu a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, iniciando um processo de autonomia nacional na produção científica e inovação tecnológica. Foi diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e vice-presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Osvaldo Cruz – Fiocruz”. Informações retiradas de: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597139-sus-elemento-central-para-enfrentar-a-pandemia-de-coronavirus-entrevista-especial-com-reinaldo-guimaraes>

naquela ocasião. Hoje vivenciamos uma falta de envolvimento da população para participação social, defesa do SUS e luta pelo direito à saúde para todos. Com a pandemia do coronavírus, porém, com todos os investimentos e esforços feitos pelo SUS e pelas divulgações veiculadas na mídia, a população tem tido a oportunidade de conhecer mais o Sistema e ter um maior entendimento sobre a importância de um sistema público de saúde.

Para além disso, a pandemia oferece à população o acesso a uma temática que até então não era muito discutida que se refere ao valor da ciência. É ela a geradora de todo o conhecimento que tem possibilitado lidar com a COVID-19 e os efeitos por ela causados.

Diniz-Filho (2020) evidencia que a pandemia muda rapidamente a forma de se fazer ciência. Com a colaboração de muitas áreas, de forma multi, inter e transdisciplinar, busca contribuir com a tomada de decisões governamentais. Gastão Wagner em entrevista ao programa Direto na Fonte da TV Unicamp (2020) vai ao encontro dessas ideias e ressalta que na área de pesquisa tem-se feito “ciência aberta”, a comunicação entre as equipes de investigação dos mais diferentes países tem acontecido fluentemente na busca pelas descobertas das vacinas, remédios, antivirais etc. Segundo Diniz-Filho (2020, s/p), “essa crise da COVID-19 tem o potencial de resgatar a credibilidade por parte da sociedade e mostrar para diversos governantes que é uma boa política de Estado apoiar continuamente a ciência e a educação!”.

Kropf (2020) faz uma análise interessante sobre a produção científica e seus efeitos para a sociedade em tempos de pandemia. Inspirada pelas ideias de Bruno Latour e Steve Woolgar, especialmente, aquelas contidas na obra *Vida de laboratório* e em *Dá-me um laboratório e eu moverei o mundo* de autoria de Latour, a autora tece importantes argumentações acerca do contexto atual. Segundo Kropf, as pesquisas científicas e os pesquisadores em seus laboratórios que na maioria das vezes pareceram isolados do restante da sociedade, nesse momento de pandemia passam a fazer parte do da vida e do cotidiano dos cidadãos.

Em tempos de pandemia, o ritmo vertiginoso dos números, gráficos, curvas, boletins, declarações e artigos que saem dos laboratórios e inundam nossos celulares, rádios e televisões é proporcional à angústia com que tentamos extrair deles algum sentido. Nossas vidas estão em suspenso, acompanhando cientistas, médicos e especialistas das mais variadas áreas que lutam contra um ser invisível que fechou fronteiras e colocou o mundo em quarentena (Kropf, 2020, p. s/n).

Os laboratórios, como expõe a autora, estão em todo lugar. Os conhecimentos neles produzidos, sejam estimativas, gráficos, equipamentos, técnicas e, agora a tão esperada vacina, estão presentes em todos os espaços: nas casas, nas instituições de saúde, nos meios de comunicação etc. “Eles se propagam a todos os lugares buscando, de modo estranhamente irônico, convencerem as pessoas a não irem a lugar algum (p. s/n). Kropf (2020, p. s/n) ainda complementa:

E é nesses múltiplos espaços que unem o “dentro” e o “fora” dos laboratórios que os cientistas vêm buscando arregimentar aliados para reverter a força descomunal desse ator não-humano que, movimentando-se em nossas vias (nos níveis micro e macro), desfaz nossas redes e cada vez mais se torna, ele próprio, uma alavanca a estabelecer um novo mundo.

A autora segue a sua argumentação lançando alguns questionamentos e a eles acrescentamos outras controvérsias sobre as quais nos esbarramos no decorrer da nossa trajetória nos últimos meses. Ressaltamos, porém, que em um momento cujas incertezas e fluidez dos fatos são tão evidentes não buscamos trazer respostas, mas sim, problematizarmos a realidade e os fatos com os quais estamos trabalhando. Portanto, “Quais os aliados estamos conquistando?”; “Como evitar o enfraquecimento das redes do conhecimento científico diante dos grupos que ao que parece estão se aliando ao vírus?”; “Como construir consensos diante do negacionismo que vale-se das incertezas e controvérsias típicas da construção de qualquer conhecimento para semear a dúvida?”; “Como será o mundo pós-pandêmico?”; “Quais os resultados vamos tirar acerca da importância do Sistema Único de Saúde tendo passado por essa pandemia?”. Essas são algumas das controvérsias que ressoam dessa ebulição de incertezas, as quais somamos àquelas apresentadas no início dessa seção, especialmente, relativas à formação.

Latour (2020) em seu texto *Imaginando gestos que barrem ao consumismo e à produção insustentável pré-pandemia* evidencia o panorama de um mundo pré-pandêmico, assim como nos oferece reflexões sobre possíveis linhas de fuga dos antigos e graves problemas globais. Como seremos pós-pandemia? Há de se acreditar que o mundo nunca mais será o mesmo após a ação tão silenciosa e tão efetiva que esse actante invisível e extremamente potente exerceu/exerce sobre o planeta, sobre as relações, sobre as pessoas. Um vírus que foi e está sendo capaz de estabelecer as mais impensadas conexões: entre humanos, não humanos, lugares, conhecimentos, sentimentos, sofrimentos. Que “sacudiu” a Terra e tudo que a compõe.

Latour nos propõe pensarmos sobre a oportunidade que estamos tendo de rever o sistema econômico, “o trem do progresso”, a globalização, antes considerados imparáveis, irreversíveis. A pandemia, como apresenta o autor e como cada um de nós pôde testemunhar, parou o mundo. Desacelerou inúmeras formas de produção, de comércio, de trânsitos, de relações. Entretanto, assim como há a possibilidade de fazer diferente pautando-se nessa desaceleração, muitos adeptos à globalização, como expõe Latour, veem também essa como uma oportunidade para se desvencilharem ainda mais dos entraves e escaparem das restrições planetárias. Nas palavras de Latour (2020, p. s/n), “para eles é uma oportunidade boa demais de se livrarem do resto do Estado Social, da rede de segurança dos mais pobres, do que ainda resta de regulamentação contra a poluição e, mais cinicamente ainda, de se livrarem de toda essa gente em excesso que atulha o planeta”.

No entanto, é na via contrária dos que defendem a globalização e a continuidade de “tudo como era antes”, que devemos agir, enfatiza Latour (2020). O autor propõe, assim, um exercício para um futuro solidário, sustentável e inclusivo. Segundo Latour:

O que o vírus consegue com a humilde circulação boca a boca de perdigotos – a suspensão da economia mundial – nós começamos a poder imaginar ser para nós também possível, que nossos pequenos e insignificantes gestos, acoplados uns aos outros, conseguirão: suspender o sistema produtivo. Ao nos colocarmos esse tipo de questão, cada um de nós começa a imaginar “gestos barreira”, mas não apenas contra o vírus: contra cada elemento de um modo de produção que não queremos que seja retomado.

Daí a importância fundamental de usar este tempo de confinamento imposto pela pandemia para descrevermos, primeiro cada um por si, depois em grupo, aquilo a que somos apegados, aquilo de que estamos dispostos a nos libertar, as cadeias que estamos prontos a reconstituir e aquelas que, por meio do nosso comportamento, estamos decididos a interromper (p. s/n).

Nesse sentido e voltando à questão inicial, a pandemia tem dado ao mundo a oportunidade de seguir novos rumos. Tem dado a nós a oportunidade de fazermos diferente, de visualizarmos com maior nitidez a desigualdade social; a exclusão social; a exclusão digital; os problemas e a importância dos sistemas de saúde e aqui destacamos com veemência o Sistema Único de Saúde; as relações de produção e consumo; os interesses dos governantes e muito, muito mais. Ouso dizer que a pandemia nos fez lançar um olhar diferente para todas as situações da vida.

Como seremos pós-pandemia? Seremos diferentes. A educação superior, por exemplo, precisou passar por tantas transformações, traduziu-se de tantas maneiras,

arregimentou tantos novos actantes, que é impossível voltar ao modelo tradicionalmente conhecido. Sobre os possíveis efeitos do período remoto na formação dos futuros profissionais da saúde, os professores relataram:

Quanto aos efeitos produzidos na formação e na futura prática profissional dos discentes, eu acredito que esse período que nós estamos vivenciando vai sim gerar impactos, mas ele não é determinante para uma formação. Acredito que a formação, o período de graduação, teve vários períodos, digamos assim, para quem tá saindo e vai ter para os que estão ainda no curso. Não é esse período em si que vai determinar, mas toda uma trajetória que iniciou inclusive antes da graduação e que vai continuar após a graduação. Não vejo que um episódio vai ser determinante. Agora, sem dúvida alguma ele está contribuindo para o desenvolvimento de algumas habilidades que inclusive eu acredito que não seriam desenvolvidas caso a gente não estivesse passando por esse período. Falo, por exemplo, do desenvolvimento de habilidades em relação às tecnologias, do desenvolvimento de habilidades em relação, por exemplo, à capacidade de se adaptar ao ambiente e aos recursos que existe. Então, essa mudança muito brusca exigiu de todos novas formas de agir, de pensar... Acredito que isso vai ter um impacto positivo na vida das pessoas. Não vejo que o ensino remoto vai trazer impactos negativos apenas ou talvez vez mais impactos negativos, pelo menos no ensino superior. Acredito que vai ter mais impactos positivos na medida em que a gente está proporcionando o desenvolvimento de novas habilidades que são importantes para a vida, não apenas para a carreira (Coordenador 1).

Também acredito que essas novas habilidades serão requeridas o tempo todo pós-pandemia. A gente tem um cenário que não volta mais, então o uso das tecnologias fará parte cada vez mais, de forma mais constante, da vida dos indivíduos. Acredito que vai ser algo positivo para todos (Coordenador 1).

As aulas remotas, eu acredito que assim como as presenciais, dependem também muito da dedicação e do empenho dos alunos. Então, nós professores a gente pode tentar de maneira muito criativa, dinâmica e diversa fazer aulas remotas para buscar atenção desses alunos. Mas a gente também conta que eles precisam se empenhar, se dedicar para fazer com que a sua formação seja de responsabilidade e de uma implicação muito grande deles também. Acredito que se os alunos tiverem foco, determinação e dedicação a formação deles não será prejudicada, visto que eu consegui trabalhar todo meu cronograma que eu planejei no início do semestre de maneira presencial. Eu consegui manter o cronograma, consegui manter o conteúdo previamente organizado sem nenhum prejuízo nesse sentido. Acredito que a futura prática desse profissional Psi vai depender grandemente desse aluno que estaria assistindo às aulas remotas.” (Professor 4).

Acredito que este momento nos tornou muito sensíveis, embora algumas pessoas ainda neguem o atual cenário. Porém, esta sensibilidade possibilitou uma formação comprometedora. Por exemplo, senti que que muitos dos meus alunos se responsabilizaram pela sua própria formação. Ouvi muitos alunos relataram que tiveram um bom aproveitamento do conteúdo passado. Quanto às práticas, os estágios, ainda estamos em discussão, que implicarão novos desafios e novas atitudes. Acredito ser possível crescer, conhecer e se aperfeiçoar em um cenário instável, mas precisa de uma boa dose de perseverança. Precisamos também considerar que muitos alunos não têm acesso às tecnologias, como computador e internet com uma velocidade maior, além disso a ansiedade (medo) foram fatores também que inviabilizaram a aprendizagem de alguns alunos. Por fim, embora desafiador, este momento pode ser repleto de

significados e aprendizagens e que, se bem instruídos e informados poderemos aproveitar o momento e crescer como pessoas e profissionais (Professor 7).

Kropf (2020) vai ao encontro das argumentações de Latour ao evidenciar que os rumos da transformação para o mundo pós-pandemia dependerão das alianças e questionamentos que estão sendo feitos atualmente. No que concerne especificamente ao “futuro” do Sistema Único de Saúde, Gastão Wagner (2020) evidencia que nunca se falou tanto no SUS, em saúde pública, em direito à saúde como no período da pandemia. A sociedade brasileira está tendo a oportunidade de conhecer a importância do SUS, o direito universal à saúde. Na pandemia todos dependem do SUS, não apenas aqueles que não têm acesso a planos de saúde privados. Wagner (2020), conclui a sua fala ressaltando a importância da proatividade da sociedade brasileira na luta pelo direito à saúde, como na luta pelo enfrentamento da desigualdade social, dos direitos e da democracia.

TERCEIRA SEÇÃO

8 OS EFEITOS GERADOS E OS POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS DESSA PESQUISA

Essa sessão destina-se a apresentar um indicativo de estratégias que poderão ser adotadas pela IES no sentido de ampliar a discussão acerca da humanização do cuidado e de uma formação mais efetiva e coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde e com as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Além disso, outro objetivo desta seção é apresentar os efeitos gerados por essa pesquisa no decorrer da sua execução.

O intento de apresentar as propostas de estratégias interventivas não implica que a IES esteja aquém no que se refere a um processo formativo efetivo para a humanização. Pelo contrário, verificamos por meio das pesquisas empíricas realizadas, que a faculdade desenvolve questões relacionadas à humanização do cuidado, informação essa que aparece com frequência na fala dos coordenadores, professores e estudantes entrevistados. No entanto, acreditamos que essa temática, mesmo que existente, discutida e trabalhada, precisa cada vez mais ser desenvolvida no interior das Instituições de Ensino Superior, o que também é evidenciado na fala das pessoas que participaram da pesquisa.

Vale ressaltar que esta tese não tem um objetivo interventivo, mas acredita-se que com a apresentação das estratégias e possibilidades de intervenções futuras, a IES poderá vislumbrar novos formatos e caminhos a serem trilhados nessa perspectiva. Além disso, como docente e coordenadora de projetos da IES, caso seja de interesse dos gestores, poderei viabilizar posteriormente tais propostas.

Destacamos ainda que apesar de as estratégias terem sido pensadas a partir do levantamento realizado em uma realidade específica, acreditamos que algumas das propostas aqui evidenciadas são completamente passíveis de serem replicadas em outras IES ou outros campos que possam ser formativos, como nas próprias instituições de saúde. Na verdade, esse seria um alcance extremamente desejável.

8.1 Efeitos produzidos e rastreados pelo presente estudo

Apresentaremos inicialmente os efeitos que essa investigação já causou nos cursos de Psicologia e Enfermagem e, em seguida descreveremos as propostas que serão disponibilizadas para a IES. Como primeiro grande efeito citamos a criação de um grupo de pesquisa iniciado em maio de 2019. O grupo contou com quatro discentes do curso de

Psicologia e sua proposta principal foi configurar-se como um desdobramento dessa pesquisa de doutorado.

É importante ressaltar que a iniciação científica é uma proposta de introdução no processo pesquisa desde a graduação. Com o intuito de incentivar tal prática, bem como efetivar a proposta de uma formação que considere o tripé ensino, pesquisa e extensão, o grupo desenvolveu as seguintes atividades: participação nas reuniões e estudos; acompanhamento, realização e transcrição de entrevistas; pesquisas bibliográficas; pesquisas documentais; produção científica; participação em eventos científicos; produção de relatórios e demais atividades concernentes à iniciação científica. Assim, desenvolvendo as atividades propostas, os estudantes pesquisadores tiveram a possibilidade de vivenciar os seus primeiros passos na pesquisa acadêmica.

Outro importante efeito desta investigação no interior da IES foi a participação dos discentes e da pesquisadora em eventos acadêmicos e científicos com a submissão de resumos e a apresentação dos mesmos em sessões de comunicação oral. Os trabalhos apresentados foram:

- 2017 – XX Encontro Regional da ABRAPSO Minas, realizado na cidade de São João del Rei, com o trabalho intitulado: *O cenário das práticas de humanização no cuidado à saúde.*
- 2018 – XXI Encontro Regional da ABRAPSO Minas, realizado na cidade de Belo Horizonte, com o trabalho intitulado: *A humanização do cuidado no processo formativo dos profissionais de saúde.*
- 2019 - XX Encontro Nacional da ABRAPSO, realizado na cidade de São Paulo, com o trabalho intitulado: *Estudos sobre a humanização do cuidado no processo formativo de profissionais da saúde: relatos de pesquisa.*
- 2019 – I Mostra de Formação em Psicologia: Ensino, Pesquisa e Extensão, realizado na cidade de Belo Horizonte, com o trabalho intitulado: *A pesquisa científica na formação discente: estudos sobre a humanização do cuidado.*
- 2019 – III Semana Acadêmica de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais, realizado na cidade de Divinópolis, com o trabalho intitulado: *Estudos sobre a humanização do cuidado.*
- 2020 – Psicologia Positiva, Direitos Humanos e Justiça Climática: Ações profissionais, políticas, econômicas e sociais para a paz mundial e o bem-estar humano, a ser realizado na cidade de Lisboa em Portugal, com o trabalho

intitulado: *A formação do psicólogo para a atuação no Sistema Único de Saúde brasileiro: perspectivas da psicologia positiva no fomento de um cuidado humanizado*. Devido ao início da pandemia o evento foi cancelado, mas o trabalho está pronto para nova submissão assim que as inscrições forem reabertas.

Para além dos efeitos já citados, uma fundamental mudança ocorreu na atualização da matriz curricular do curso de Psicologia no ano de 2017. Assim, todos os ingressantes a partir do ano de 2018 passaram a cursar a disciplina Psicologia da Saúde e Humanização do Cuidado. Essa proposta foi apresentada em uma das reuniões do NDE do curso de Psicologia, especialmente com inspiração na presente pesquisa de doutorado. A sugestão foi, portanto, acolhida, levada para o colegiado do curso e aprovada. Assim, conforme disposto no Projeto Político Pedagógico do curso de Psicologia, a disciplina será ofertada para estudantes do 7º período, com carga horária de 40 horas/aula. A seguir apresentamos a ementa e a bibliografia do curso.

EMENTA: Fundamentos e aspectos históricos, teóricos e metodológicos da Psicologia na saúde. Concepções de saúde. Diversidade de contexto e de variáveis nas relações entre saúde e doença e no funcionamento e dinâmica das instituições de saúde. Fundamentos e abordagens psicológicas de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, atuação do psicólogo nas instituições de saúde. A humanização do cuidado. Programas e políticas vinculadas à humanização. Temas atuais da psicologia da saúde.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

FERREIRA NETO, João Leite. Psicologia, políticas públicas e SUS. Escuta, 2011.
 STRAUB, R. O. Psicologia da saúde: uma abordagem psicossocial. Porto Alegre: Artmed, 2014.
 ANGERAMI-CAMON. Psicologia, da saúde - 2.ed.; 2014: um novo significado para a prática clínica. 2.ed.. São Paulo: CengageLearning., 2014. 298p.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

ARAÚJO, S. R. C. de. Humanização do processo de trabalho: fundamentos, avanços sociais e tecnológicos e atenção à saúde. São Paulo :Érica, 2014.
 BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. Psicologia Hospitalar - Teoria, Aplicações e Casos Clínicos. Editora: Guanabara Koogan, 2003.
 FILGUEIRAS, M. S. T.; RODRIGUES, F. D. BENFICA, T. M. S. Psicologia hospitalar e da saúde. 2.ed. Vozes, 2016.
 SPINK, M. J. (Org). Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
 VYGUERAS, E. Psicologia da Saúde. Pearson Education do Brasil, 2014.

8.2 Proposição de estratégias para o fomento da humanização do cuidado nas formações

8.2.1 Projeto de estágio junto ao hospital local

A partir de uma demanda do hospital da cidade foi estabelecida uma parceria entre os cursos da IES e a referida instituição de saúde. O convênio entre as instituições foi firmado a fim de oportunizar campo de estágio para os estudantes de diferentes cursos, oferecendo, assim, trabalhos e mão de obra para o hospital em distintas áreas.

O presente projeto trata-se de uma proposta de estágio a ser realizada especificamente pelos discentes do curso de Psicologia, uma vez que as atividades de estágios dos cursos da Escola de Saúde ainda não são realizadas em conjunto pelas características e especificidades de cada formação e de cada projeto político pedagógico.

Esse estágio iniciará assim que as atividades práticas do curso de Psicologia começarem a retornar aos campos, uma vez que, devido à pandemia, os estágios precisaram ser reformulados e muitos deles foram realizados de forma remota nos dois últimos semestres, a partir de deliberações e decisões do NDE do curso em conjunto com a direção da IES.

A demanda dos gestores do hospital é trabalhar a humanização do cuidado juntamente com os profissionais de saúde²⁸. Para tanto, a proposta de execução do estágio é esta aqui apresentada:

TÍTULO: A humanização do cuidado: precisamos falar sobre isso.

OBJETIVO GERAL: O objetivo desse estágio é criar um espaço de acolhimento e discussão com os profissionais. Assim, temáticas importantes que permeiam a prática profissional serão discutidas, tendo a humanização como eixo central sobre o qual todas as discussões deverão se pautar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Incentivar trocas de conhecimentos, vivências e práticas entre os gestores e os profissionais de saúde, a fim de fortalecer o cuidado humanizado e a produção de saúde;
- Ampliar a fortalecer a humanização do atendimento ao usuário;

²⁸ Outras demandas foram apresentadas pelos gestores do hospital, entretanto, houve uma divisão entre os professores orientadores para atender às solicitações. Nesse sentido, as propostas de humanização e acolhimento junto aos usuários, acompanhantes, por exemplo, ficarão sob a responsabilidade de outro professor orientador.

- Promover uma maior coesão entre as equipes de trabalho, a fim de possibilitar um clima mais amistoso e saudável;
- Favorecer a vivência de afetos positivos, engajamento, relacionamentos positivos, significado e realização entre os profissionais da equipe de saúde.
- Dialogar e ampliar a compreensão no que diz respeito aos princípios do SUS e, por conseguinte, da Política Nacional de Humanização;
- Fortalecer a formação dos futuros profissionais da saúde no que diz respeito à humanização do cuidado.

METODOLOGIA:

Os estágios específicos do curso de Psicologia são compostos por uma carga horária destinada às orientações com o professor responsável por aquela respectiva turma de alunos, bem como a carga horária da prática profissional. Assim sendo, nas orientações serão inicialmente trabalhados os aspectos bibliográficos e o planejamento das ações e dos trabalhos a serem desenvolvidos em conjunto com os profissionais.

A proposta inicial é que sejam desenvolvidas rodas de conversas com os profissionais com base nas temáticas anteriormente planejadas pelos estudantes, sob orientação da professora. A ideia é que os profissionais tenham um espaço de diálogo e troca de experiências dentro da proposta previamente apresentada para aquele dia. Ademais, os discentes deverão preparar conteúdo, dinâmicas e atividades acerca das temáticas desenvolvidas em cada dia, fazendo um trabalho de formação.

TEMÁTICAS A SEREM DESENVOLVIDAS:

Apresentamos aqui as ideias preliminares sobre as temáticas que poderão ser desenvolvidas com os profissionais de saúde. Os temas não estão apresentados de maneira definitiva, uma vez que é importante construir coletivamente essas oficinas, contando com a colaboração dos discentes, dos gestores e dos próprios profissionais de saúde. Nesse sentido, acredita-se que alguns assuntos poderão ser priorizados em detrimento de outros, assim como poderá haver o surgimento de outras propostas ainda não pensadas.

1. Aspectos psicoemocionais dos profissionais de saúde
2. Saúde do trabalhador

3. O cuidado destinado a quem cuida
4. Sentido da vida, propósito, autorealização
5. Afetos e relacionamentos positivos
6. Empatia
7. O ser humano como ser biopsicossocial
8. A humanização do cuidado – o que é?
9. Quais as propostas da Política Nacional de Humanização?
10. A importância do trabalho interdisciplinar
11. Comunicação interpessoal

8.2.2 Curso de extensão em humanização do cuidado

APRESENTAÇÃO DO CURSO: A formação em saúde precisa concatenar os conhecimentos técnicos e as habilidades relacionais com a execução dos procedimentos e rotinas no cotidiano de trabalho. Nesse sentido, para além dos conhecimentos teóricos, atividades práticas desenvolvidas nos estágios e vivências da atuação profissional nas mais diferentes áreas da saúde; é importante que a temática da humanização permeie cada vez mais a formação dos futuros profissionais, bem como dos profissionais já em atuação, com o intuito de rever propostas, consolidar ideias e renovar, sempre. Esse curso de extensão busca atender a essa proposta de trazer a temática da humanização como uma discussão fundamental à formação.

OBJETIVO: Oportunizar momentos de aprendizado, discussões, trocas de experiências e conhecimentos acerca da humanização do cuidado. Sendo esse curso, uma proposta específica de discussão acerca da humanização na área da saúde de maneira mais abrangente.

PÚBLICO-ALVO: Profissionais da saúde e estudantes de cursos dessa área.

CARGA HORÁRIA: 8 horas/aula

TEMÁTICAS A SEREM DESENVOLVIDAS:

1. A Formação em Saúde
2. O Sistema Único de Saúde

3. Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Humanização
4. O que é humanização do cuidado?
5. Quem cuida de quem cuida?
6. O trabalho na equipe interdisciplinar
7. A comunicação interpessoal

8.2.3 Pós-graduação *lato sensu* em saúde pública e humanização do cuidado

Em diálogo com os coordenadores do Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão e da Escola de Saúde²⁹ da IES investigada, foi apresentada a proposta de iniciar o desenvolvimento de um projeto de pós-graduação multidisciplinar na área da saúde pública, enfocando a formação para o cuidado humanizado. A ideia foi bem acolhida e os coordenadores deram a autorização para seguir com o projeto que será apresentado a seguir.

NOME DO CURSO: Pós-graduação em Saúde Pública e Humanização do cuidado.

APRESENTAÇÃO DO CURSO: O curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública e Humanização do cuidado, visa aprimorar os conhecimentos dos profissionais da área da saúde para atuarem com critério e reponsabilidade no exercício dos serviços de saúde. O curso, em seu conteúdo programático, oferece ao profissional diversas perspectivas formativas que a atuação em saúde pública carece, embasando-se em conhecimentos históricos, teóricos, científicos e práticos referentes à assistência em saúde no Brasil. Assim, o curso propõe o desenvolvimento de habilidades e competências na referida área pautando-se sempre em uma formação humanizada. Por ser um curso amplo, os profissionais irão adquirir conhecimentos que poderão ser aplicados no âmbito da Saúde Pública, bem como em outros setores da saúde.

OBJETIVO: o objetivo dessa formação é capacitar profissionais de diferentes áreas da saúde para a atuação junto aos setores da Saúde Pública, considerando os pressupostos e

²⁹ É importante destacar que no mês de dezembro de 2020 as coordenações dos cursos de Psicologia e Enfermagem foram fundidas, passando o coordenador do curso de Enfermagem a coordenar a Escola de Saúde da IES, composta por ambos os cursos, como já mencionado.

diretrizes do Sistema Único de Saúde, com o intuito de promover uma assistência com mais qualidade, humanização e eficiência para a população.

PÚBLICO-ALVO: Profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, odontólogos etc. E estudantes da respectiva área que estejam cursando o último ano de graduação.

ÁREAS DE ATUAÇÃO: Hospitais, laboratórios, clínicas de saúde, prontos-socorros, unidades básicas de saúde, maternidades, empresas de consultoria na área da saúde e demais instituições de saúde públicas ou privadas.

PROGRAMA DO CURSO:

1. Políticas Públicas e saúde no Brasil
2. Redes de Atenção à Saúde
3. Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde
4. A Humanização do cuidado em saúde
5. Saúde, Ciclos de vida e Sociedade
6. Educação para a Saúde Pública e Comunitária
7. Epidemiologia e Vigilâncias em Saúde
8. Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde
9. Saúde Pública e Meio Ambiente
10. Ética e Bioética
11. Responsabilidade Social
12. Empreendedorismo
13. Inovação
14. Projetos e Estudos Transdisciplinares (Metodologia do Ensino Superior)³⁰

³⁰ Destacamos que as quatro últimas disciplinas desse programa são disciplinas ofertadas em todos os cursos de pós-graduação da IES, por esse motivo elas foram mantidas como proposto pelo modelo de projeto de pós-graduações compartilhado pelo coordenador.

QUARTA SEÇÃO

9 COMO FINALIZAR UMA TESE DE DOUTORADO? CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ESTUDO

É preciso finalizar! No entanto, sabemos que a rede é uma estrutura aberta e dinâmica, na qual a todo momento há a possibilidade de novas conexões e agenciamentos. Nos últimos quatro anos estivemos imersos na rede da humanização do cuidado no processo formativo de profissionais de saúde e buscamos acompanhar as associações estabelecidas entre os variados actantes que estão presentes e que produzem efeitos a todos os instantes.

Temos ciência ainda da impossibilidade de esgotar todas as associações estabelecidas e existentes no contexto da formação para a humanização em saúde. Latour (2012) faz uma analogia sobre o rastreio das associações e ressalta que “ao chacoalhar uma colmeia” é possível seguir apenas algumas abelhas. Assim, pensamos que seguir o enxame por completo parece uma tarefa impossível devido aos limites que uma investigação impõe: tempo da pesquisa, prazos a serem cumpridos e a própria necessidade de conclusão.

Encontramos em Latour (2006, 2012) um diálogo com um aluno às voltas com sua tese de doutorado e com a qual nos identificamos, especialmente nesse momento de fechamento. A questão inicial do aluno ao professor era sobre como aplicar a Teoria Ator-Rede ao seu estudo de caso sobre empresas. No decorrer das explicações de Latour, deparamo-nos com muitos direcionamentos sobre aquilo que a TAR se dedica a estudar e como se propõe fazê-lo.

O aluno busca um método explicativo, um quadro de referência para sua pesquisa ao que Latour expõe que a TAR não se dedica a explicações. Segundo o autor, pesquisas que carecem de descrições posteriores, não são boas descrições. A Teoria Ator-Rede busca seguir os atores e descrever os efeitos dos seus movimentos na rede, considerando que a descrição não é uma tarefa fácil ou simplista, como julgava o aluno. Nas palavras de Latour (2006): “Descrever, estar atento ao estado concreto das coisas, encontrar a narrativa adequada e única para uma situação dada – Eu pessoalmente sempre achei isso incrivelmente exigente” (p. 341).

No que concerne à maneira de fazer uma pesquisa ator-rede Latour (2006) ainda complementa:

[...] Entrevistas, sondagens, o que seja – nós vamos, nós ouvimos, nós aprendemos, nós praticamos, nós nos tornamos competentes, nós mudamos nossa visão. De fato é bem simples: é chamado de trabalho de campo. Bons trabalhos de campo sempre produzem muitas novas descrições (p. 343).

É a partir desses preceitos que buscamos construir esta tese. Como ressaltam Queiroz e Melo (2006) e Nobre e Pedro (2010), com base nas ideias de Latour, a escrita de um texto é consonante com as propostas metodológicas da TAR, uma vez que captura a dinâmica de cartografar controvérsias. O texto é equivalente a um laboratório no qual é possível fazer experimentações, testagens, simulações e que possibilita dar voz a diferentes actantes (Latour, 2006).

Dessa forma, a produção de um texto nos remete à ideia de tradução, uma vez que não se configura apenas como um transporte de informações sem que haja em algum grau certa deformação. Pelo contrário, numa descrição “não há informações, apenas transformação de ideias e dos dados coletados” (Latour, 2006, p. 345). Nesse sentido, fizemos experimentos em nosso laboratório – o texto, onde realizamos as misturas que aqui se apresentam.

Com base nisso, pudemos verificar a utilização desse arcabouço teórico-metodológico como sendo pertinente à análise daquilo que pretendeu-se investigar. As respostas dos profissionais entrevistados, bem como os dados coletados nas observações e análises documentais, ao serem categorizados e interpretados nos ofereceram uma visão geral de como o processo formativo para a humanização se dá no interior da IES.

E por que essa investigação pode ser considerada um Estudo Ator-Rede? Law (1997) cita várias histórias em sua tentativa de apresentar ou “performar” a Teoria Ator-Rede. A partir de tais histórias, o autor evidencia o traçado das redes que as constituem, buscando comentá-las a partir da perspectiva da TAR. Dentre os estudos apresentados um, especificamente, nos chamou bastante a atenção, por ser considerado por John Law como um estudo Ator-Rede exemplar.

A história citada pelo autor trata sobre a “transferência” de tecnologia entre dois países: Suécia e Nicarágua. A história é contada por Madeleine Akrich e apresenta a descrição e aperfeiçoamento de uma máquina que compacta refugos florestais em briquetes. Tais briquetes são usados, por sua vez, como combustíveis nas indústrias.

A estória de Madeleine Akrish é uma estória ator-rede. Ela fala de redes. De redes heterogêneas nas quais atores de todos os tipos, social, técnico e natural, são criados e vivem/levam suas vidas. Conta sobre duas redes em particular, sueca e nicaraguense. Ela

descreve essas duas redes, e então conta a estória da forma pela qual elas são ligadas. Seu argumento é que as duas redes são diferentes em quase todos os aspectos. A máquina de briquetes na Suécia relaciona-se a outras partes da rede sueca de uma forma específica, mas que não fazem muito em termos nicaraguenses. O que significa que à medida em que a máquina é ‘transferida’ necessariamente começa a mudar. Começa a representar diferentes papéis - mas também a implicar diferentes papéis aos atores que a cercam: da madeira ao algodão; dos industriais aos padeiros; de um fluxo contínuo para a necessidade de estocagem. Estas são transformações as quais também implicam mudanças na rede nicaraguense: nas fazendas; na maquinaria necessária para lidar com o refugo de algodão; nos hábitos dos consumidores. Assim, é uma estória de redes em transformação, de novas sintaxes sociotécnicas e, em particular, da inadequação do modelo de difusão para a transferência tecnológica. Pois à medida em que uma chamada ‘transferência’ ocorre, ocorre uma mudança. Ocorre uma tradução. Ocorre a criação de novas relações. Para ser exato, ocorre uma mudança na Nicarágua, **mas também no que é transferido** (Law, 1997, p. 04, grifos do autor).

A seguir apresentaremos as características consideradas pelo autor como exemplares para se fazer um estudo Ator-Rede, com o intuito de trazê-las para a nossa investigação, a fim de justificar que esse também pode ser tratado como um caso de relevância a ser investigado pela teoria em questão.

1. A organização da descrição em torno da noção de rede.
2. As redes são compostas por elementos heterogêneos e todos esses elementos possuem um *status* similar.
3. Os atores podem ser humanos ou não humanos. Assim, Law (1997) coloca que os atores são igualmente capazes de agir sobre os demais.
4. As redes podem ser *scripts* ou roteiros o que significa dizer que um determinado elemento, no caso citado por Law (1997), a máquina, pode contar ou prescrever os papéis que ela espera que os outros elementos da rede representem.
5. A construção e manutenção das redes é um trabalho árduo o que significa dizer que as ligações das redes não permanecem por si, mas precisam de um trabalho de manutenção.
6. As redes são processos ou realizações.
7. O fenômeno da tradução presente nas redes implica em similaridade e diferença, ou seja, os processos de tradução e traição não podem ser dissociados.

Analisando sob essas características o estudo proposto na presente tese, é possível observar o atendimento a todos os critérios apresentados por John Law. Desde o início das discussões, a humanização do cuidado no processo formativo de profissionais da

saúde foi apresentada como uma rede que estabelece conexões com múltiplos outros elementos e outras redes.

Vimos ao longo de nossas discussões que considerar o processo formativo com base nas ideias de uma educação humanizada é condição básica para se pensar na qualidade da formação no que diz respeito às práticas de cuidado humanizado em saúde. Salvaguardadas as especificidades do que a humanização se refere nos respectivos contextos (educação e saúde) estamos falando de práticas e posturas que valorizam todos aqueles que estão envolvidos na ação.

A prática progressista, libertadora, sobre a qual nos debruçamos, valoriza a integralidade, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde “ao observar o ser humano a partir do seu contexto social, bem como ao valorizar meios de proporcionar a conscientização das pessoas perante sua saúde, estimulando-os no desenvolvimento de suas potencialidades” (Albuquerque, 2018, p. 17). Nesse sentido, pensar em estratégias de formação em saúde que promovam o sujeito aprendente, para que desempenhe práticas de atenção, tratamento e acompanhamento das pessoas que carecem de cuidado e que também as valorizem como pessoas, requer dos professores uma reavaliação das suas maneiras e métodos de ensino.

Trazendo os conhecimentos de Paulo Freire para a realidade de formação de graduandos, fica muito nítido o quanto a relação entre os professores e os estudantes é uma parcela fundamental do processo formativo. Tal vínculo que, necessariamente, deve pautar-se na prática dialógica, pode ser considerado um mediador para a aprendizagem que se dá como processo de construção e conscientização, sendo o educando um importante ator nessa ação. Processo de aprendizagem esse que acontece tanto nos ambientes de sala de aula, nas salas de aulas virtuais, nos espaços de orientações das práticas de estágios, nos projetos de extensão, como nas relações informais estabelecidas nos corredores, nas redes sociais etc.

Foi ainda uma condição fundamental dessa investigação a consideração dos elementos heterogêneos que compõem essa rede: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Órgãos ministeriais, Políticas Públicas, leis, portarias, normativas, Instituições de Ensino Superior, Instituições de Saúde, profissionais da saúde, professores, estudantes etc., enfim, elementos humanos e não humanos que por meio de suas ações, causam efeitos na rede. Assim, percebemos que a formação para a humanização só acontece a partir da associação de todos esses elementos e dos efeitos por eles gerados.

Ao longo de nossas descrições também enfocamos as práticas de cuidado e a humanização com o intuito de apresentar uma contextualização histórica e conceitual acerca da evolução dos fazeres denominados humanizados. Percebemos a partir de nossas análises que a humanização do cuidado foi se traduzindo com o passar dos anos e segue se traduzindo nos diferentes ambientes nos quais as suas práticas se efetivam, tanto no que se refere ao entendimento conceitual, quanto no que concerne ao fazer no cotidiano das ações de cuidado.

Assim, como nos achados em nossos estudos anteriores (Leal, 2013), reafirmamos a partir da presente investigação a importância de se considerar a humanização do cuidado como fenômeno que emerge a partir da associação de elementos humanos e não humanos. Nesse sentido, como vimos, nem a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionais e nem os fazeres humanos se sobrepõem às técnicas. Ao contrário, juntos em um processo de agenciamento e troca de propriedades, trabalham em prol do cuidado humanizado. Essa proposta visa considerar a humanização de maneira mais abrangente e tende a englobar praticamente todas as definições propostas pelos autores e pelos documentos que tratam acerca da definição do que vem a ser a humanização.

Também priorizamos tratar em nosso estudo o cenário em que a humanização do cuidado será de fato exercida, especialmente, junto às políticas públicas. Assim, consideramos de suma importância apresentar o Sistema Único de Saúde, seus desdobramentos e efeitos nos dias atuais, bem como a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como importantes actantes para se entender o enredamento da formação em saúde.

Sendo as redes processuais que se performam a todo instante a partir das conexões, entradas ou saídas dos elementos que as compõem, sua manutenção é árdua. Por esse motivo, especificamente em se tratando da rede que compõe a formação para a humanização do cuidado, é preciso que haja sempre novos debates, enriquecendo as discussões que a envolve e contribuindo para a sua manutenção e melhoramento. Este é um dos pontos que sustenta a justificativa para a produção de estudos como este: trazer à tona uma temática tão importante e conhecer, lançar luzes e por que não, fortalecer os elementos que a constitui.

Acerca do fenômeno da tradução cabe ressaltar ainda que no movimento performático da rede foi possível perceber as múltiplas traduções que se estabelecem a todo instante: na conceituação acerca do que é a humanização do cuidado; nas disposições das legislações que ora são promulgadas e, em seguida revogadas, dando espaço à

consolidação de novas legislações; ou no próprio processo histórico do cuidado à saúde da população brasileira que foi se traduzindo ao longo das décadas até se apresentar com as características do atual sistema. Logo, percebe-se que as similaridades e diferenças, intrínsecas ao processo de tradução são perfeitamente observáveis nesse estudo. Ademais, acreditamos nos muitos efeitos gerados por essa investigação: os entrevistados pararam para pensar um pouco mais sobre a humanização do cuidado; o Projeto Pedagógico do curso de Psicologia foi alterado para receber a disciplina Psicologia da Saúde e Humanização do cuidado; a disciplina passou a ser ofertada; outros tantos dispositivos de inscrição foram construídos e, provavelmente, serão efetivados (projetos de estágios, cursos de extensão, pós-graduação), etc.

É importante destacar que a presença dos entrevistados, dos documentos investigados, bem como a maneira como a humanização do cuidado se performa ao longo das formações em Enfermagem e Psicologia na IES investigada, estiveram a todo momento presentes em nossas descrições. Optamos por trazer ao longo de todas as discussões as vozes dos diferentes actantes que juntamente conosco foram também responsáveis pela produção deste texto. Ficou evidente nas falas dos entrevistados, bem como nos levantamentos por meio de nossas pesquisas documentais que a humanização do cuidado está presente nas formações de forma transversal, abrangendo propostas em sala de aula em disciplinas específicas, práticas de estágios, projetos de extensão, projetos de pesquisas etc. No entanto, foi evidenciada a real importância de tornar essas discussões mais presentes no cotidiano das formações.

Evidenciamos ainda um importante actante que inesperadamente passou a fazer parte desta pesquisa e da formação em saúde (para não falar de todos as instâncias da vida humana, como já citado em momentos anteriores): o coronavírus. A pandemia que se instalou no mundo no último ano, precisou vir à tona em nossas discussões a fim de que construíssemos uma descrição situada ao momento que estávamos/estamos vivenciando, embora já tivéssemos coletado todos os dados e a pesquisa já estivesse em seu último ano. Os efeitos causados pela COVID-19 transformaram a formação, gerando inúmeras incertezas e, apesar de não ser o nosso objetivo principal o rastreamento das controvérsias que envolveram/envolvem a formação em saúde em tempos de pandemia, foram por nós evidenciadas e acompanhadas.

Acreditamos que outros estudos precisam ser desenvolvidos nessa perspectiva, no intuito de buscar compreender como tem sido a formação em saúde, tendo em tela outras realidades institucionais. Enfatizamos a importância de se rastrear os efeitos das

transformações profundas nos processos formativos provocadas pelo isolamento social. Não poderíamos nos furtar a iniciar essa discussão nesta tese, mas ela foi escrita quando ainda em contexto de enfrentamento da pandemia. As transformações ocorridas na educação com o ensino unicamente remoto durante tantos meses, bem como as transformações no Sistema Único de Saúde, com destaque para a sua divulgação e popularização dos seus princípios à toda a sociedade brasileira merecem ser alvo de estudos futuros.

Uma possível limitação para este estudo refere-se ao fato de eu ser professora da Instituição pesquisada e, ao mesmo tempo, ter feito a investigação em tal contexto. Acreditamos que por estar envolvida com a realidade, como docente e coordenadora de projetos, possa ter influenciado para um olhar mais “positivo” dos resultados encontrados.

Entretanto, ressaltamos que muitos cuidados foram tomados na tentativa de controlar essas possíveis interferências. Primeiramente, como já ressaltado na metodologia, eu fui a única professora que não participou das entrevistas, com o intuito de estar no cenário da pesquisa, estritamente como pesquisadora. Outro aspecto, diz respeito ao fato de que em todas as entrevistas e análises documentais, busquei adotar uma postura de pesquisadora, com certo distanciamento das pessoas e dos temas tratados, apesar de me relacionar com os entrevistados como professora ou colega de trabalho.

Ressaltamos que esta limitação da pesquisa (o fato de eu ser pesquisadora e partícipe do campo como funcionária) é também um dos pontos mais potentes do estudo, uma vez que, foi por estar envolvida profissionalmente com a Instituição, com a Direção e com as coordenações, que o acesso tão amplo aos documentos institucionais, muitas vezes, resguardados pelas IES, assim como a todos os profissionais que eu me propus a entrevistar, se tornou viável. Nesse sentido, apostamos nos benefícios desse duplo papel por mim ocupados.

10 REFERÊNCIAS

- Albuquerque, T. I. P. e. (2018). Saúde e formação acadêmica: a promoção da saúde mobilizando esse diálogo. In: *Olhares sobre a formação em saúde: experiências de integração entre universidade, serviço e comunidade*. Marlos Suenney de Mendonça Noronha; Alan Dantas dos Santos; Rosiane Dantas Pacheco. Curitiba: Appris.
- Andrade, L. O. M. de; Barreto, I. C. de H. C. (2007) *SUS passo a passo: História, Regulamentação, Financiamento e Políticas Públicas*. Editora: Hucitec
- Aragaki, S. S., Lima, M. L. C., Pereira, C. C. Q., & Nascimento, V. L. V. (2014). Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento, & M. P. Cordeiro (Orgs.). *A produção de Informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 57-72). Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2014.
- Batista, N. C. S., Bernardes, J., & Menegon, V. S. M. Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. In M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento, & M. P. Cordeiro (Orgs.). *A produção de Informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 97-122). Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2014.
- Benevides B. R.; Passos, E. (2005a). *Humanização na saúde: um novo modismo?* Interface, 9(17): 389-394, 2005.
- Benevides, B. R., Passos, E. (2005b). *A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3),561-571.
- Benevides B. R.; Passos, E. (2009). *Humanização: Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Todos os direitos reservados. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
- Brasil. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988.
- Brasil. (1990). *Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado a partir de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
- Brasil. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. *Diário Oficial da União* 2013; 24 set.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde*. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde)
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 22 ago. 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010 a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 36 p. il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde* – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p. il.
- Brasil. Parecer CNE/CES 1.314/2001. *Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Psicologia*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 2001. Recuperado a partir de <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1314.pdf>.
- Brasil. (2004). Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 14 de fevereiro.
- Brasil. Resolução CNE/CES Nº 8/2004. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 2004. Recuperado a partir de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content &id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao.
- Brasil. Resolução CNE/CES Nº 5/2011. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 2011.
- Brasil. (2019) Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). *Censo da Educação Superior 2018: notas estatísticas*. Brasília.

- Canuto, O. M. C.; Ribeiro, K. G.; Souza, C. M. de (2007) Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde – PNH. In: Andrade, L. O. M. de; Barreto, I. C. de H. C. (2007) *SUS passo a passo: História, Regulamentação, Financiamento e Políticas Públicas*. Editora: Hucitec
- Carvalho, G. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.* [online]. 2013, vol.27, n.78 [cited 2020-02-25], pp.7-26.
- Casate, J. C. *A humanização do cuidado a saúde nos cursos de graduação*. Ribeirão Preto, 2010.
- Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2012). A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46(1),219-226.
- Castro, F. S., Cardoso, A. M., & Penna, K. G. B. D. (2019). *As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde abordam as políticas públicas e o Sistema Único de Saúde? Revista Brasileira Militar de Ciências*, 5(12).
- Cavalcante, R. B., Esteves, C. J. S., Pires, M. C. A., Vasconcelos, D. D., Freitas, M. M., & Macedo, A. S. (2017). *A Teoria Ator-Rede como referencial teórico-metodológico em pesquisas em saúde e enfermagem*.
- CONASEMS. (2020). *Reconhecer a importância do SUS é o primeiro passo contra a pandemia*. Recuperado a partir de <https://www.conasems.org.br/reconhecer-a-importancia-do-sus-e-o-primeiro-passo-contr-a-pandemia-defendaosus/#:~:text=a%20pandemia%20%23DefendaoSUS-,Reconhecer%20a%20import%C3%A2ncia%20do%20SUS%20%C3%A9,passo%20contra%20a%20pandemia%20%23DefendaoSUS&text=Em%202015%2C%20o%20Conasems%20produziu,sociedade%20e%20a%20classe%20pol%C3%ADtica>.
- Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. (1978). *Declaração de Alma-Ata – Saúde para todos no ano 2000*. Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. Recuperado a partir de http://www.google.com.br/search?hl=ptBR&tbo=d&site=&source=hp&q=declara%C3%A7%C3%A3o+de+alma+ata&oq=declara%C3%A7%C3%A3o+de+alma+ata&gs_l=hp.3..015j0i3015.1823.1823.0.5985.1.1.0.0.0.310.310.31.1.0...0.0...1c.1.3.hp.yrKqK2IfKsE.
- Conferência Nacional de Saúde, 8., 1986, Brasília. *Relatório final*. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.
- Conferência Nacional de Saúde. Parecer CNE n. 776/97, de 03 de dezembro de 1997. *Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação*. Relatores: Éfrem de Aguiar Maranhão e Jacques Velloso. Brasília, 1997.
- Corbani, N. M. de S.; Bretas, A. C. P.; Matheus, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.3, pp.349-354. ISSN 0034-7167.

- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). Introdução: Rizoma. In G. Deleuze, & F. Guattari. *Mil platôs – Capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1),8-14.
- Deslandes, S. F. (2006). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz. 416 p.
- Diniz-Filho, J. A. F. (2020). *Ecologia, Epidemiologia e o valor da Ciência na pandemia da COVID-19*. Recuperado a partir de <https://jornal.ufg.br/n/126089-ecologia-epidemiologia-e-o-valor-da-ciencia-na-pandemia-da-covid-19#:~:text=Ci%C3%A2ncias%20Naturais-,Ecologia%2C%20Epidemiologia%20e%20o%20valor%20da,na%20pandemia%20da%20COVID%2D19&text=Desde%20o%20in%C3%ADcio%20da%20pandemia,da%20pandemia%2C%20em%20diferentes%20graus>.
- Ferraz, F, Vendruscolo, C., Kleba, M. E, Prado, M. L., & Reibnitz, K. S. (2012) Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 36(3),482-493.
- Ferreira, J. (2005, setembro/dezembro). Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Revista Saúde e Sociedade*, 14(3),111-118.
- Fortes, P. A. C. (2004, setembro/dezembro). Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, 13(3),30-35.
- Fiocruz. (2020). *Sanitarista Gastão Wagner fala sobre o SUS na pandemia de Covid 19*. Recuperado a partir de <https://portal.fiocruz.br/video/sanitarista-gastao-wagner-fala-sobre-o-sus-na-pandemia-de-covid-19-olharessobrecovid19>
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra,
- Freire, P. (1997). *Política e Educação*. São Paulo: Cortez Editora.
- Freire, P. (2003). *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- Freire, P. (2013). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Gomes, J. C.; Thomé, Z. R. C. (2020). Educação a Distância em Tempos de Pandemia: entre os Híbridos e Agenciamentos de uma Experiência. *EaD em Foco*, v. 10, n. 3.
- Gonzales, Z. K., & Baum, C. (2013). Desdobrando a Teoria Ator-Rede: Reagregando o Social no trabalho de Bruno Latour. *Polis e Psique*, 3(1), 142-157.
- Instituto Humanitas Unisinos. (2020). *SUS: elemento central para enfrentar a pandemia de coronavírus*. Entrevista especial com Reinaldo Guimarães. Recuperado a partir de <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597139-sus->

elemento-central-para-enfrentar-a-pandemia-de-coronavirus-entrevista-especial-com-reinaldo-guimaraes

- Kropf, S. (2020). *O laboratório e a urgência de mover o mundo*. Casa Oswaldo Cruz Fiocruz. Recuperado a partir de <http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1770-o-laboratorio-e-a-urgencia-de-mover-o-mundo.html#.YDjTlmhKjIU>
- Latour, B. (1992). Onde estão as massas faltantes? Sociologia de uma porta [Traduzido do original Where are the missing masses? The Sociology of a few mundane artifacts]. In W. Bijker & J. Law (eds). *Shaping Technology Building Society*. (pp. 225-259). Cambridge: Mass., Mit Press.
- Latour, B. (2005). *La cartographie des controverses*. Technology Review, 0:82-83.
- Latour, B. (2006). Como terminar uma tese de sociologia: pequeno diálogo entre um aluno e seu professor (um tanto socrático). *Cadernos de Campo*, São Paulo, (14),339-352.
- Latour, B. (2012). *Reagregando o Social*. Salvador: Edufba.
- Latour, B. (2015). Uma sociologia sem objeto? Observações sobre a interobjetividade. *Revista-Valise*, Porto Alegre, v. 5, n. 10, ano 5, dezembro de 2015.
- Latour, B. (2017). *A esperança de Pandora*. Bauru: EDUSC.
- Latour, B. (2020). *Imaginando gestos que barrem o retorno ao consumismo e à produção insustentável pré-pandemia*. Recuperado a partir de <https://climainfo.org.br/2020/04/02/barrar-producao-insustentavel-e-onsumismo/>.
- Law, J. (1989). *O laboratório e suas redes*. Recuperado a partir de www.necso.ufrj.br/Trads/O%20laboratorio%20e%20suas%20redes.rtf.
- Law, J. (1992). Notes on the Theory of Actor- Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity. *Systems Practice*, 5(4).
- Law, J. & Mol, A. M. (1995). Notes on materiality and sociality. *The Sociological Review*, 43(2), 274-294.
- Law, J. (1997). *Tradução/Traição - Notas sobre ANT (Teoria Ator-Rede)*. (Versão apenas para estudo). Recuperado a partir de <http://www.comp.lanc.ac.uk/sociology/papers>.
- Leal, A. L. B. (2013). *A brinquedoteca hospitalar como forma de humanização: cartografando o traçado desta rede*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de São João del Rei, São Joao del Rei, Brasil.
- Martins, I. M. de L. (2006) *Graduação: Desafios da formação acadêmica*. Coleção Pedagógica n. 9.

- Méllo, R. P., Spink, M. J., & Menegon, V. M. (2016). Redes em conexão com a Teoria Ator-Rede na Psicologia no Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 28(3),423-432.
- Ministério da Educação (BR). *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem*. Parecer nº 1.133/2001, 07 de agosto de 2001
- Ministério da Saúde. (2001a). Brasil. *Programa nacional de humanização da assistência hospitalar*. Brasília, DF. Recuperado a partir de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.
- Ministério da Saúde. (2004). Brasil. *Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF. Recuperado a partir de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.
- Ministério da Saúde (2013). *Secretaria de Atenção à Saúde*. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília - DF
- Mol, A. (2007). Política Ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In J. A. Nunes & R. Roque (Org.). *Objetos impuros – experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Mol, A. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Oxford: Routledge, 2008.
- Moraes, M. (2005). Subjetividade, cognição e redes sociotécnicas. *Série Documenta Ecus Subjetividade e contemporaneidade*, ano X, (16), 1-11.
- Moreira, C. O. F.; Dias, M. S. de A. (2015) Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):300-305
- Moretti-Pires, R. O. (2012). O Pensamento Freireano como Superação de Desafios do Ensino para o SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 36 (2): 255-263; 2012.
- Moretti-Pires, R. O.; Bueno, S. M. V. (2008). Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 439-444.
- Morin, E. (2003). *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento / Edgar Morin; tradução Eloá Jacobina*. - 8a ed. -Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Nobre, J. C. A. & Pedro, R. M. L. R. (2010, dezembro). Reflexões sobre possibilidades metodológicas da Teoria Ator-Rede. *Cadernos UniFOA*, (14), 47-55.
- Oliveira B. R. G.; Collet, N.; Viera, C. S. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 março-abril; 14(2):277-84.
- Oliveira, A. L. de. (2012). História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. *Encontros Teológicos*. Nº 61. Ano 27/ número 1, p. 31-42.

- Oliveira, K. E. de J.; Porto, C. de M. (2016). *Educação e Teoria Ator-Rede: fluxos heterogêneos e conexões híbridas*. Ilhéus, BA: Editus.
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1723-1728. ISSN 1678-4561.
- Passos, E. (2009, agosto). *Conferência do II Seminário Humaniza SUS*. Recuperado a partir de <http://m.youtube.com/watch?v=4M2og0Nt9Ls>.
- Pasche, D. F. (2009). Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface Comunicação e Saúde*, 13[supl.1],701-708.
- Pedro, P. (2008, março). Ciência, tecnologia e sociedade – pensando as redes, pensando com as redes. *Liinc em Revista*, Rio de Janeiro, 4(1),1-5. Recuperado a partir de <http://www.ibict.br/liinc>.
- Pedro, R. (2010). Sobre redes e controvérsias: ferramentas para compor cartografias psicossociais. In A. A. L. Ferreira, L. L. Freire, M. Moraes, & R. J. J. Arendt. (Orgs.). *Teoria Ator-Rede e Psicologia* (pp.78-96). Rio de Janeiro: Nau.
- Pereira (2010) A psique como rede de complexos: o encontro de Jung com Tarde e Latour. In A. A. L. Ferreira, L. L. Freire, M. Moraes, & R. J. J. Arendt. (Orgs.). *Teoria Ator-Rede e Psicologia* (pp.78-96). Rio de Janeiro: Nau.
- Projeto Pedagógico de Curso: Enfermagem / Elaborado por Wesley Souza Castro et al. -- Pará de Minas: FAPAM, 2020.
- Projeto Pedagógico de Curso: Psicologia / Elaborado por Natália Nunes Scoralick Lempke et al. -- Pará de Minas: FAPAM, 2020.
- Queiroz e Melo, M. F. A. (2006). *Voando com a pipa: esboço para uma psicologia social do brinquedo à luz das idéias de Bruno Latour*. (Tese de Doutorado em Psicologia Social). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Queiroz e Melo, M. F. A. (2010). Voando com a pipa: esboço para uma psicologia social do brinquedo. In A. A. L. Ferreira, L. L. Freire, M. Moraes, & R. J. J. Arendt. (Orgs.). *Teoria Ator-Rede e Psicologia* (pp.120-138). Rio de Janeiro: Nau.
- Queiroz e Melo, M. F. A. (2011) Discutindo a aprendizagem sob a perspectiva da teoria ator-rede. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. 39, p. 177-190, jan./abr. 2011. Editora UFPR
- Rios, I. C. (2009). *Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Áurea.
- Souza, L. E. P. F de; Paim, J. S.; Teixeira, C. F.; Bahia, L.; Guimarães, R; Almeida-Filho, N. de.; Machado, C. V.; Campos, G. W.; Azevedo-e-Silva, G.. (2019). Os

desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2783-2792. Epub 05 de agosto de 2019.

Spink, M. J.; Lima, H. (2013). *Rigor e Visibilidade*. In: Spink, M. J., (org.) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*. São Paulo, Cortez, 2013. Edição Virtual.

Tsallis, A. C., Ferreira, A. A. L., Moraes, M. O., & Arendt, R. J. (2006). O que nós psicólogos podemos aprender com a Teoria Ator-Rede. *Interações*, 12(22), 57-86.

Varela, D. S. da S.; Carvalho, M. M. B.; Barbosa, M. U.; Silva, I. Z. F. da; Gadelha, R. R. M.; Machado, M. de F. A. S. (2016). Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*. (Pombal – PB, Brasil), v.6, n.3, p.39-43, jul-set.

Viegas, D. (2010). *Em busca da humanização*. Rio de Janeiro: WAK.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Compromisso da Equipe Executora

As pesquisadoras abaixo assinadas se comprometem a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**A Humanização do cuidado no processo formativo de saúde em uma Instituição Privada de Ensino Superior**” de acordo com a Resolução CNS 466/12 e Resolução 510/2016.

Declara-se aqui que o projeto de pesquisa anexado pelas pesquisadoras, na Plataforma Brasil, possui conteúdo idêntico ao que foi preenchido nos campos disponíveis na própria Plataforma Brasil. Portanto, para fins de análise pelo Comitê de Ética, a versão do projeto que será gerada automaticamente pela Plataforma será idêntica à versão do projeto anexada.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20__.

Ana Luiza Brandão Leal Oliveira

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Luciana Kind do Nascimento

Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

APÊNDICE B - Declaração da Instituição Coparticipante

Declaro estar ciente que o projeto de pesquisa intitulado “**A Humanização do cuidado no processo formativo de saúde em uma Instituição Privada de Ensino Superior**” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções CNS 466/12 e 510/16. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, nela recrutados.

Autorizo as pesquisadoras Ana Luiza Brandão Leal Oliveira e sua orientadora Professora Doutora Luciana Kind do Nascimento a realizarem a(s) etapa(s) de sua pesquisa utilizando-se da infra-estrutura e documentação correlata aos cursos (programas das disciplinas, ementário, projeto pedagógico e demais documentos referentes aos cursos) desta Instituição.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20__.

Ruperto Benjamim Cabanellas Vega
Diretor Geral da Faculdade de Pará de Minas

Natália Nunes Scoralick Lempke
Coordenadora do Curso de Psicologia da Faculdade de Pará de Minas

Wesley Souza Castro
Coordenador do Curso de Enfermagem da Faculdade de Pará de Minas

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Título: A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO PROCESSO FORMATIVO DE SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE ENSINO SUPERIOR

Coordenadora: Doutoranda Ana Luiza Brandão Leal Oliveira

Email: analuiza_brandao@hotmail.com

Telefone: (37) 99135-4315

Orientadora: Prof^ª. Dra. Luciana Kind do Nascimento

E-mail: lukind@gmail.com

Telefone: (031) 33194568

Você está sendo convidado a participar do estudo - “**A Humanização do cuidado no processo formativo de saúde em uma Instituição Privada de Ensino Superior**”. O objetivo dessa pesquisa é investigar, à luz da Teoria Ator-Rede, sobre os sentidos e as práticas de humanização no contexto de formação dos profissionais de saúde no decorrer da graduação em uma dada Instituição Privada de Ensino Superior.

Sua participação envolve conceder uma entrevista individual. Seu consentimento não colocará sua integridade em risco, não lhe trará qualquer desconforto, nem vai interferir em suas relações de trabalho. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem sofrer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro e também não terá nenhuma despesa. Todas as informações prestadas por você são sigilosas. Os dados colhidos na presente pesquisa serão utilizados na Tese de Doutorado, em artigos científicos e em apresentações em congressos, sendo que, a divulgação das informações será anônima.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os possíveis riscos e benefícios

do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar. Eu concordo em participar do estudo.

_____, ____/____/____

Cidade

Data

Assinatura

Documento de identidade

Em caso de dúvida com relação a este documento, você pode entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – cep.proppg@pucminas.br / Telefone: (31) 3319-4517.

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista (com os coordenadores)

1. Em sua opinião o que é humanização no cuidado à saúde?
2. Você considera que essa temática é abordada no decorrer da graduação em Psicologia/Enfermagem? Como?
3. O Projeto Pedagógico do Curso prevê essa discussão?
4. Em quais as disciplinas e atividades a discussão acerca da humanização é realizada?
5. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização são trabalhadas junto aos estudantes no decorrer da graduação?
6. Você acredita que a IES forma profissionais capacitados no que diz respeito a humanização do cuidado?
7. A IES incentiva a prática formativa dos egressos no que diz respeito à formação para a humanização, tais como cursos de pós-graduação, eventos acadêmicos, etc?
8. Existe algo que você gostaria de acrescentar?

APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista (com os professores)

1. Em sua opinião o que é humanização no cuidado à saúde?
2. Você considera que essa temática é abordada no decorrer da graduação em Psicologia/Enfermagem? Como?
3. Nas suas disciplinas essa temática é abordada? De que maneira?
4. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização são trabalhadas junto aos estudantes no decorrer da graduação?
5. Você acredita que a IES forma profissionais capacitados no que diz respeito a humanização do cuidado?
6. Existe algo que você gostaria de acrescentar?

APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista (com os graduandos)

1. Em sua opinião o que é humanização no cuidado à saúde?
2. Você considera que essa temática foi abordada no decorrer da sua graduação em Psicologia/Enfermagem? Como?
3. Em quais as disciplinas e atividades a discussão acerca da humanização foi realizada?
4. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização foram trabalhadas no decorrer da graduação?
5. Você acredita que a IES forma profissionais capacitados no que diz respeito a humanização do cuidado?
6. Você acredita que a IES incentiva a prática formativa dos egressos no que diz respeito à formação para a humanização, tais como cursos de pós-graduação, eventos acadêmicos etc.?
7. Existe algo que você gostaria de acrescentar?

APÊNDICE G – Contato com os professores para complementação da entrevista

Olá, professor!

Estou desenvolvendo uma pesquisa de doutorado intitulada: “A Humanização do cuidado no processo formativo de saúde em uma Instituição Privada de Ensino Superior”. E, em meio aos desafios impostos pela pandemia do novo coronavírus, surgiu em minha qualificação a necessidade de pensarmos sobre como está acontecendo a formação nesse cenário.

Portanto, gostaria de convidá-lo para participar do meu estudo compartilhando as suas experiências vividas no regime de aulas remotas. A questão central é: *Como está sendo pra você o ensino por meio de plataformas digitais e, Ao seu ver, quais os efeitos produzidos na formação, bem como na futura prática profissional dos discentes?*

Você poderá gravar um áudio ou escrever um texto com tais descrições. Você poderá também descrever os seus desafios, pontos marcantes do processo e sucessos obtidos nessa trajetória de aulas virtuais.

Caso aceite, lhe darei algumas informações sobre a autorização que preciso para formalizarmos o seu consentimento.

De antemão deixo o meu agradecimento.

Um abraço,
Ana Luiza Brandão

APÊNDICE H – Termo de Consentimento para complementação da entrevista

Eu, _____, recebi os esclarecimentos concernentes à esta complementação da entrevista e já havia recebido as informações necessárias sobre o estudo no momento em que dei o meu consentimento para a entrevista inicial. Tenho ciência acerca da pesquisa, sobre o procedimento a que serei submetido e autorizo a utilização das informações por mim concedidas. A explicação que recebi esclarece os possíveis riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar. Eu concordo em participar desse segundo momento do estudo.

APÊNDICE I – Tabelas de organização das entrevistas

ORGANIZAÇÃO DO ROTEIRO DE PERGUNTAS EM CATEGORIAS - COORDENADORES	
CATEGORIAS	PERGUNTAS RELACIONADAS ÀS CATEGORIAS
CATEGORIA 1: Sentidos para a Humanização.	<ul style="list-style-type: none"> • Em sua opinião o que é humanização no cuidado à saúde?
CATEGORIA 2: Percepção sobre a formação para a Humanização acontece na IES.	<ul style="list-style-type: none"> • Você considera que essa temática é abordada no decorrer da graduação em Psicologia/Enfermagem? Como? • Você acredita que a IES forma profissionais capacitados no que diz respeito a humanização do cuidado?
CATEGORIA 3: Conhecimento de como, na prática, a questão da humanização* é trabalhada. *(PNH/PNEPS).	<ul style="list-style-type: none"> • O Projeto Pedagógico do Curso prevê essa discussão? • Em quais as disciplinas e atividades a discussão acerca da humanização é realizada? • A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização são trabalhadas junto aos estudantes no decorrer da graduação? • A IES incentiva a prática formativa dos egressos no que diz respeito à formação para a humanização, tais como cursos de pós-graduação, eventos acadêmicos, etc?
	<ul style="list-style-type: none"> • Existe algo que você gostaria de acrescentar? (Essa questão pode entrar em qualquer uma das categorias dependendo da resposta dada).

ORGANIZAÇÃO DO ROTEIRO DE PERGUNTAS EM CATEGORIAS - PROFESSORES	
CATEGORIAS	PERGUNTAS RELACIONADAS ÀS CATEGORIAS
CATEGORIA 1: Sentidos para a Humanização.	<ul style="list-style-type: none"> • Em sua opinião o que é humanização no cuidado à saúde?
CATEGORIA 2: Percepção sobre a formação para a Humanização acontece na IES.	<ul style="list-style-type: none"> • Você considera que essa temática é abordada no decorrer da graduação em Psicologia/Enfermagem? Como? • Você acredita que a IES forma profissionais capacitados no que diz respeito a humanização do cuidado?
CATEGORIA 3: Conhecimento de como, na prática, a questão da humanização* é trabalhada. *(PNH/PNEPS).	<ul style="list-style-type: none"> • Nas suas disciplinas essa temática é abordada? De que maneira? • A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização são trabalhadas junto aos estudantes no decorrer da graduação?
	<ul style="list-style-type: none"> • Existe algo que você gostaria de acrescentar? (Essa questão pode entrar em qualquer uma das categorias dependendo da resposta dada).

ORGANIZAÇÃO DO ROTEIRO DE PERGUNTAS EM CATEGORIAS - ESTUDANTES	
CATEGORIAS	PERGUNTAS RELACIONADAS ÀS CATEGORIAS
CATEGORIA 1: Sentidos para a Humanização.	<ul style="list-style-type: none"> • Em sua opinião o que é humanização no cuidado à saúde?
CATEGORIA 2: Percepção sobre a formação para a Humanização acontece na IES.	<ul style="list-style-type: none"> • Você considera que essa temática foi abordada no decorrer da sua graduação em Psicologia/Enfermagem? Como? • Você acredita que a IES forma profissionais capacitados no que diz respeito a humanização do cuidado? •
CATEGORIA 3: Conhecimento de como, na prática, a questão da humanização* é trabalhada. *(PNH/PNEPS).	<ul style="list-style-type: none"> • Em quais as disciplinas e atividades a discussão acerca da humanização foi realizada? • A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização foram trabalhadas no decorrer da graduação? • Você acredita que a IES incentiva a prática formativa dos egressos no que diz respeito à formação para a humanização, tais como cursos de pós-graduação, eventos acadêmicos, etc?
	<ul style="list-style-type: none"> • Existe algo que você gostaria de acrescentar? (Essa questão pode entrar em qualquer uma das categorias dependendo da resposta dada).